Aus der Psychosomatischen Abteilung
(Leiter: Prof. Dr. med. H. Molinski)
der Universitäts-Frauenklinik Düsseldorf
(Direktor: Prof. Dr. med. L. Beck)

Untersuchungen zur Persönlichkeitsstruktur und Psychodynamik bei Frauen mit vorzeitigen Wehen

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Christian Osorio

1984

UNIV.
LEIDEN
1881

Aus der Psychosomatischen Abteilung
(Leiter: Prof. Dr. med. H. Molinski)
der Universitäts-Frauenklinik Düsseldorf
(Direktor: Prof. Dr. med. L. Beck)

Untersuchungen zur Persönlichkeitsstruktur und Psychodynamik bei Frauen mit vorzeitigen Wehen

Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von

Christian Osorio

1984

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.: Prof. Dr. Brüster

Referent
gez.: Prof. Dr. Molinski

Korreferent
gez.: Frau Prof. Dr. Rechenberger

Inhalt

1. Einleitung

1.1 Einführung in die Problematik

1.2 Definition des Begriffs " Frühgeburtsbestrebungen "

1.3 Literaturübersicht

2. Fragestellung

3. Material und Methode

3.1 Definition des Patientengutes

3.2 Untersuchungsmethode

3.2.1 Klinisches Interview

3.2.2 Freiburger Persönlichkeitsinventar

3.2.3 Diagnose zur Persönlichkeitsstruktur

4. Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Gruppe

4.1.1 Berufstätigkeit

4.1.2 Alter der Patienten

4.1.3 Alter der Schwangerschaft

4.2 Auslösende Situationen

4.3 Ergebnisse des FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar)

4.4 Psychischer Befund

4.5 Darstellung einzelner Fälle

5. Diskussion

6. Zusammenfassung

7. Anhang: Tabellen und Abbildungen

8. Literaturverzeichnis

1. E i n l e i t u n g

1.1 Einführung in die Problematik

" Seit der Frühzeit der Medizin bis heute ist die Frage nach den geburtsauslösenden Ursachen eines der aktuellsten Probleme der Geburtshilfe geblieben. Warum stößt der menschliche Uterus nach einem relativ gleichmäßigen Zeitraum von 28o - 282 Tagen eine Frucht aus, der er während dieser Zeit ein optimales Entwicklungsmilieu gesichert hatte?

Wie löst der Organismus den Vorgang der Geburt aus, bei dem er den unter großem energetischen Aufwand unterhaltenen Schutzmechanismus des Uterus überspielt und einen bis dahin als Brutraum dienenden inaktiven Hohlmuskel in ein sehr leistungsfähiges motorisches Organ verwandelt?

Dieses bisher von der Natur so gut gehütete Geheimnis wurde im Verlauf von Jahrhunderten zur Quelle unzähliger Erklärungsversuche, die von mystisch-religiösen Vorstellungen bis zu medizinischen Hypothesen reichen. Hippokrates glaubte, daß der Fetus, vom Hunger getrieben, sein Gefängnis sprenge. Mauricau hatte vermutet, daß die mit dem Wachstum des Fetus zunehmende Dehnung der Uteruswand den Geburtseintritt veranlasse. Diese Vorstellung gewinnt

sogar durch neuere Untersuchungsergebnisse von Csapo erneute Aktualität, wonach schon in der Schwangerschaftsmitte unter dem Einfluß zunehmender Wandspannung am Uterus erste Wehen registrierbar sind. Sie sollen durch den fortschreitenden Dehnungsreiz der wachsenden Frucht an Intensität zunehmen und nach Ablauf der normalen Schwangerschaftsdauer entscheidend für die Auslösung der Geburt verantwortlich sein. Gegen diese Vorstellung spricht jedoch die tokographisch nachweisbare klinische Erfahrung, daß sich der entscheidende Qualitäts- und Quantitätssprung der Schwangerschaftswehen zu wirksamen Eröffnungswehen innerhalb von Stunden vor dem Beginn der Eröffnung ereignet. In zahlreichen Einzeluntersuchungen wurden in den letzten Jahrzehnten körpereigene wehenfördernde Stoffe gesucht oder die Wirksamkeit bekannter Gewebshormone am Uterus getestet. "

Mit diesen Worten leitet H.Jung (1) die Diskussion über die Ursachen und den Zeitpunkt des Geburtseintritts und damit auch die Darstellung der Problematik von Frühgeburtlichkeit ein.

Bei der begrifflichen Abgrenzung der verschiedenen Möglichkeiten des vorzeitigen, rechtzeitigen oder verspäteten Endes einer Schwangerschaft wird nach Martius (2) folgendermaßen unterschieden:

1. von Fehlgeburt wird gesprochen wenn die Schwangerschaft vor der 28. Woche zuende geht.

2. Als Frühgeburt wird das vor dem Termin und unreif geborene Kind bezeichnet.

3. Partus praematurus bezeichnet die Frühgeburt mit einem reifen Kind.

4. Die rechtzeitige Geburt (am Termin, Kind reif).

5. Die Spätgeburt (Übertragung) mit reifem oder überreifem Kind.

Dabei wird die Fehlgeburt bis zur 28. Woche, die Frühgeburt von der 29. bis 38. Woche gerechnet.

Der Begriff " Frühgeburt " bezieht sich aber nicht nur auf die reine Schwangerschaftsdauer sondern gleichzeitig auch auf die Reife des Kindes.
Um Widersprüchlichkeiten zu entgehen, wurde ein leicht objektivierbares Merkmal zusätzlich - das Gewicht - zur Begriffsbestimmung eingeführt.

Alle mit einem Geburtsgewicht von 2500 Gramm und darunter geborenen Kinder werden nach internationaler Vereinbarung als " Frühgeborene " registriert.

Die Häufigkeit von Frühgeburten wird sehr verschieden angegeben. In der älteren deutschen Literatur schwanken die Angaben zwischen 2,5 und 25 %; eine 1963 von Butler und Bonham veröffentlichte englische Jahresstatistik ergibt eine Frühgeburtenquote von 6,7 % an. (3) Höhere Prozentzahlen werden in Verbindung mit einer negativen Auslese des Geburtengutes einer Klinik gesehen.

Die Ursache der Frühgeburten läßt sich nach G.K. Döring (4) in 4o-5o % der Fälle klären (5). Dieser gibt jedoch zu, daß auch bei der Bekanntheit einer Vielzahl von Faktoren, die zur Frühgeburt führen können im Einzelfall oft nicht entscheiden kann, welche Ursache exakt zur konkreten Frühgeburt beigetragen hat. Die Klärung der Ursachen aber ist eine Voraussetzung für eine aussichtsreiche Bekämpfung der Frühgeburtlichkeit. Da der Anteil der Frühgeborenen an der perinatalen Mortalität bis zu 7o % betragen kann (5,36) stellt die Bekämpfung der Frühgeburtlichkeit die Wichtigstnahme bei den Bemühungen um die Senkung der perinatalen Kindersterblichkeit dar.

Die Ursachen der Frühgeburt werden in mütterliche, fetale und umweltbedingte Ursachen unterteilt.

Bei den mütterlichen Ursachen der Frühgeburt ist das

Lebensalter der Mutter bedeutsam. Es ist bekannt, daß adoleszente Mütter eine 5o-1oo%tig höhere Frühgeburtlichkeit als Mütter in der 3. Lebensdekade aufweisen (5). Ebenfalls hat die Parität einen deutlichen Einfluß: Erstgebärende haben häufiger Frühgeburten (5) auch das mütterliche Herzvolumen (7) und die Körperlänge der Mutter (8) spielen offenbar eine Rolle ebenso wie kurze Geburtenabstände (9) und möglicherweise die mütterliche Ernährung, das Rauchen und die Infektionskrankheiten.

Döring (l.c.) nennt ferner Mehrlingschwangerschaften, Blutgruppenunterverträglichkeit und Mißbildung des Kindes als weitere mögliche Faktoren.

Unter den Umwelteinflüssen, die zu einer Beeinflussung der Frühgeburtenrate führen, sind die wirtschaftlichen Verhältnisse von anerkannter Bedeutung. Wirtschaftlich schlecht gestellte Mütter haben eine bis zu 3mal so hohe Frühgeburtlichkeit wie wirtschaftlich gutgestellte Mütter. Mit diesem Faktor korreliert weiterhin die Intensität der Schwangerenbetreuung. So kommt es zustande, daß die Frühgeburtenrate bei den in der Schwangerschaft überhaupt nicht betreuten Frauen am größten ist. Ferner wird die Tatsache der ledigen Schwangerschaft und der Berufstätigkeit im letzten Schwangerschaftsdrittel eine erhebliche Bedeutung zugeschrieben.

Da die Lebenserwartung von Frühgeborenen beträchtlich vermindert ist - sie stellen mit 6o-7o % den Hauptanteil der perinatalen kindlichen Mortalität - kommt der Bekämpfung der Frühgeburtlichkeit nicht nur im Hinblick auf den Kinderwunsch der Mutter sondern gerade im Hinblick auf das Wohl des Kindes eine erhebliche Bedeutung zu. Diese wird noch erhöht durch die Tatsache, daß vorzeitig und unreif geborene Kinder im Überlebensfall ein erhöhtes Risiko für neurologische Schäden haben, so daß paradoxerweise durch die Verbesserung der perinatalen Versorgung frühgeborener Kinder die Rate von perinatal geschädigten Kindern in den letzten Jahren angestiegen ist. So wird deutlich, daß das Problem der Frühgeburtlichkeit einen erheblichen klinischen Stellenwert hat.

1.2 Definition des Begriffs " Frühgeburtsbestrebungen "

Man spricht von Frühgeburtsbestrebungen, wenn jenseits der 28. Schwangerschaftswoche vorzeitige Wehen in einer Häufigkeit von mehr als 1 Wehe pro Stunde in Verbindung mit Verkürzung der Portio cervicalis uteri und evtl. auch eine Erweiterung des Muttermundes auftreten. Zusätzlich können Blutungen als Zeichen einer beginnenden Placentaablösung hinzutreten.

Im klinischen Sprachgebrauch wird aber der Begriff Frühgeburtsbestrebungen auch benutzt, wenn vor der 28. Schwangerschaftswoche eigentlich von " Fehlgeburts-

bestrebungen " die Rede sein müßte. Es ist darauf hinzuweisen, daß im klinischen Alltag nicht das Vorhandensein eines einzelnen Symptomes, sondern deren Zusammenwirken, aber auch die Persönlichkeit der Schwangeren und ihre soziale Situation sowie der Rapport zum Arzt in die Beurteilung der Gefährdung der Schwangerschaft eingehen.
In unserem Untersuchungskollektiv befindet sich die Mehrzahl der wegen Frühgeburtsbestrebungen vorübergehend hospitalisierten Patientinnen zwischen der 25. und 35. Schwangerschaftswoche. Nur wenige Patientinnen melden sich vor der 2o. Woche mit Symptomen, die Frühgeburtsbestrebungen entsprechen können; gegen Ende der Schwangerschaft spricht man nur bis zur 38. Woche von Frühgeburtsbestrebungen.

1.3 Literaturübersicht

Johann Goldhammer schreibt 175o in seinem " Compendiösen Weiber- und Kinderarzt " im Kapitel über " das Unrichtiggehen der Schwangeren ", daß beim Menschen im Gegensatz zum Tier die biologischen Funktionen leichter störbar seien, weil Menschen Gefühle haben, Tiere jedoch nicht. Als besondere affektive Ursachen nennt er " die gefährlichen Zufälle und Krankheiten " als Auslöser vorzeitiger Wehen und als mögliche Ursachen von Fehlgeburten und Frühgeburten (1o, S. 57).

Darüber hinaus beschreibt er aber auch affektive Ursachen wie " Zorn, Melancholie, Traurigkeit und andere ... ". In diesen seinen Beobachtungen beruft er sich sowohl auf die eigene Erfahrung wie auf antike Autoren, insbesondere Aristoteles und Plinius.

Gut 7o Jahre später beschreibt von Siebold 1823 (11) ähnliche Umstände im Zusammenhang mit dem Auftreten von Fehl- und Frühgeburten: Reizbarkeit des Nervensystems (§ 326) und Affekte wie Ärger und Zorn (§ 328) führen nach seiner Erfahrung zu einer erhöhten Sensibilität des Uterus und zu vorzeitigen Wehen. Aber auch " Furcht und Kummer bei Krieg und Belagerung " haben nach seinen Erfahrungen zu epidemieartigem Auftreten von Fehlgeburten geführt. Die Vorstellung, daß emotional belastende Umweltfaktoren und psychisches Geschehen wie Affekte zum Auftreten von vorzeitigen Wehen und zu Fehl- und Frühgeburten führen können,war also schon damals der Frauenheilkunde nicht fremd.

1962 faßte Kroger in einem Sammelband über psychosomatische Probleme in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe eine Fülle von Arbeiten über habituellen Abort und vorzeitige Wehen dahingehend zusammen, daß nach seiner Ansicht Frauen, die zu vorzeitigen Wehen neigen, gegenüber emotionalen Reizen übermäßig sensibel sind, so daß die Placenta-

funktion durch neurogene Impulse beeinträchtigt wird. Kroger (12) geht in seiner Interpretation von Tupper soweit, daß er streßbedingte Veränderungen der Placenta beschreibt, die an Gewebsveränderungen wie bei Collagenosen erinnern.

In jüngster Zeit haben Eicher und Herms (1979, 13) über die psychosomatischen Aspekte vorzeitiger Wehentätigkeit Ergebnisse vorgelegt. Herms kommt dabei zu einem Vergleich mit Frauen, die an psychogener Infertilität leiden und beurteilt sie hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsstruktur als unreif, so daß sie die Schwangerschaft als chronischen Druck empfinden. Eicher dagegen verweist auf den Zusammenhang mit einer Vorgeschichte mit neurotischen Stigmata: Die Patientinnen haben die Menarche unangenehm erlebt, litten häufig an Dysmenorrhoe und fühlten sich in ihrer weiblichen Rolle unsicher, insbesondere im Vergleich mit ihrem Mann. Ferner gaben sie häufig sexuelle Dysfunktionen an und erlebten ihre Schwangerschaft mit mehr Ängsten als eine durchschnittliche Schwangere. Ihre Schwangerschaften stellten häufig schwere Konfliktsituationen mit belastenden sozialen Problemen dar, so daß Eicher zu der Beurteilung kommt, daß " soziale Mechanismen " entscheidend zum Auftreten von Frühgeburtsbestrebungen beitragen.

Im Gegensatz zu der Darstellung von Döring, daß sich

bis zu 5o % der Fälle von Frühgeburtlichkeit klären lassen, kommt Howells 1972 (30) zu der Meinung, daß bei sorgfältigem Ausschluß somatischer Ursachen die Mehrheit von 85 % der Frühgeburten aus unbekannter Ursache geschehe. Dieser Autor stellt auch die Vermutung an, daß angesichts der Verschiedenheit wirksamer Therapien bei Frühgeburtsbestrebungen nur ein gemeinsamer Faktor als tatsächlich wirksam anerkannt werden könne: Die Persönlichkeit des Arztes, der offen oder unerkannt Psychotherapie betreibt, indem er seiner Patientin eine Beziehung zum Arzt ermöglicht, in der sie sich sicher und geborgen fühlt.

In seiner umfassenden und kritischen Übersicht der Literatur kommt Prill (14) 1982 zu der Beurteilung, daß ungünstige Einflüsse aus der Umgebung wie Streß im beruflichen Bereich und Schwierigkeiten in der sozialen Umgebung der Patientin ebenso wie bestimmte Persönlichkeitsmerkmale als Auslöser und Vorbedingungen für das Auftreten vorzeitiger Wehen in der Schwangerschaft infrage kommen.

Dies bedeutet, daß eine individuelle Disposition darüber entscheidet, ob äußere Stressoren vorzeitige Wehen auslösen oder nicht. Es ist immerhin eine offene Frage, in welchem Ausmaß psychische Belastungen zu vorzeitigen Wehen führen. Bestimmte Lebensereignisse,

die z.T. recht schwerwiegender Art sind, werden von vielen Schwangeren ohne vorzeitige Wehen ertragen, während objektiv auch oft unbedeutend erscheinende Ereignisse sich als prompt wehen-auslösend erweisen (Prill, l. c.).

2. Fragestellung

Da in der Literatur sowohl äußere Faktoren im Sinne von belastenden Lebensereignissen (z.B. Tod des Ehemannes oder anderer naher Angehöriger, wirtschaftliche Not als auch Persönlichkeitsmerkmale - Neurotizismus, emotionale Unreife -) als mögliche Ursachen oder Mitbedingungen für das Auftreten vorzeitiger Wehen beschrieben werden stellt sich

1. die Frage, inwieweit bei Frauen mit Frühgeburtsbestrebungen äußere Belastungen von den Patientinnen selbst in einen Zusammenhang mit dem Auftreten ihrer Symptomatik gebracht werden.

2. Ferner stellt sich die Frage, wie soziale Umstände verarbeitet werden, so daß ein äußerer Faktor zu einer inneren psychischen Belastung wird, welcher die Physiologie so verändert, daß Frühgeburtsbestrebungen auftreten.

3. Ist die Art der Stressoren bei Frauen mit Frühgeburtsbestrebungen überwiegend gleich oder sind diese Stressoren sehr verschieden voneinander.

4. Welche Persönlichkeitsmerkmale können in dieser Gruppe von Frauen mit vorzeitigen Wehen als typisch beschrieben werden ?

3. Material und Methode

3.1 Definition des Patientengutes.

Unsere Untersuchung befaßt sich mit 1o1 Frauen, die wegen vorzeitiger Wehen in der Universitäts-Frauenklinik Düsseldorf stationär aufgenommen waren. Dabei handelt es sich um Patientinnen, die entweder von ihrem Gynäkologen an die Klinik wegen Frühgeburtsbestrebungen stationär eingewiesen waren oder die aus der ambulanten Schwangerenbetreuung des Hauses stationär aufgenommen wurden; es handelt sich also jeweils um eine klinisch schwerwiegende Symptomatik, die nach Einschätzung des Gynäkologen in ambulanter Behandlung nicht ausreichend sicher beherrscht werden konnte. Nicht in das Untersuchungsgut aufgenommen wurden Patientinnen, die zusätzliche schwerwiegende Pathologie in der Schwangerschaft hatten wie schwangere Diabetikerinnen, Patientinnen mit placentarer Insuffizienz oder zusätzlichen anderen Störungen der Schwangerschaft.

3.2 Untersuchung.

3.2.1 Interview.

Die Patientinnen wurden in zumindest einem klinischen Interview von einer Stunde Dauer gesehen.

55 von ihnen wurde in der psychosomatischen Abteilung in einem Zweitgespräch untersucht und bei etwa 1o % der Patientinnen liegen sehr detaillierte Befunde aus längeren Mitbehandlungen konsiliarischer Art durch die psychosomatische Abteilung vor. 7o der Pat. jedoch wurde zu Studienzwecken gesehen; hierzu wurden sie während der Visite gefragt, ob sie daran interessiert wären, mit einem Psychosomatiker ein Gespräch über den Krankenhausaufenthalt und die jetzige Schwangerschaft zu führen. In der Regel wurden die Patientinnen am gleichen Tag in der psychosomatischen Abteilung gesehen; nur wenn strenge Bettruhe angeordnet war, wurden sie am Krankenbett aufgesucht. Die Gespräche wurden unter vier Augen geführt.

Art des Interviews.

Zu Zwecken psychoanalytisch orientierter Untersuchungen hat sich das sogenannte Erstinterview nach Argelander (15) bewährt. Es wurde in seiner Methodik entwickelt und beschrieben, um das für den Arzt günstigste Verhalten herauszuarbeiten, wie er vor Einleitung einer etwa geplanten psychoanalytischen Behandlung vorzugehen habe. Dabei interessieren nicht nur die geklagten Symptome des Pat., sondern auch sein Ätiologieverständnis, die Umstände der die Symptomatik auslösenden Situation, Hinweise auf eine psychogene

Verursachung oder Mitbedingung seiner Symptome, Hinweise auf eine etwa vorhandene frühkindliche neurotische Symptomatik, belastende Lebensereignisse und Entwicklungsumstände, seine Hauptcharaktermerkmale, seine Intelligenz, seine Motivation für die Behandlung und sein Leidensdruck.

Im Gegensatz zur üblichen Art der Anamneseerhebung in der Medizin strukturiert der Arzt das Gespräch beim psychoanalytischen Erstinterview nicht, sondern läßt den Patienten sich frei entfalten.

Ein solches Vorgehen ist für die Zwecke der Untersuchung vor einer Psychotherapie bei psychotherapiewilligen Patienten durchaus angezeigt und bewährt.

Bei unseren Patientinnen aber handelt es sich nicht um Frauen, welche um dieses Gespräch aus einer neurotischen Symptomatik heraus und wegen einer von ihnen empfundenen psychischen Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungswilligkeit nachsuchen. Im Gegensatz zur Situation beim psychoanalytischen Erstinterview möchte der Untersucher etwas von den Patientinnen: Seine wissenschaftliche Neugier befriedigen, eine wissenschaftliche Arbeit anfertigen und nicht in erster Linie Informationen gewinnen, die zur weiteren Behandlung unumgänglich sind.

Darüber hinaus empfinden sich diese Patientinnen als nicht psychotherapiebedürftig. Bei den meisten von ihnen handelt es sich auch nicht um psychotherapiefähige Frauen. Dies ist ein weiterer Grund, warum die Kriterien des psychoanalytischen Erstinterviews nicht in einer puristischen Form angewandt werden können. Dennoch haben wir uns an vielen Elementen und am Geist dieses Interviews orientiert.

Eine weitere Hilfe bei der Gestaltung des psychosomatischen Interviews war uns die Technik der assoziativen Anamnese, wie sie von Felix Deutsch (16) angegeben worden ist. Eines ihrer wesentlichen Merkmale ist die Aufmerksamkeitshaltung des Arztes, die sich auf affektiv bedeutsame Mitteilungen wie auch das emotionale Ausdrucksverhalten des Patienten richtet.

Eine weitere wesentliche Hilfe bei der Gestaltung dieses Interviews unter Berücksichtigung der gegebenen Untersuchungssituation war die Darstellung der " Anamnese " durch H. Schultz-Hencke (1951,17). Eine gute Darstellung des optimalen Gesprächsverhaltens mit psychosomatischen Patienten haben wir bei Ripley (18) gefunden.

Unser Gesprächsverhalten im Interview ist weder von

Abstinenz gegenüber Strukturierung noch von dominierendem Verhalten durch den Arzt gekennzeichnet, sondern hält in einer dynamischen Weise etwa die Mitte zwischen beiden Extremen ein: Das Gespräch wird also durch den Arzt durchaus gestaltet. Diese Gestaltung bezieht sich jedoch nur auf die notwendigen Verhaltensweisen, um dem Patienten ins Gespräch zu helfen und strebt sobald wie möglich die freie Selbstdarstellung des Patienten an. Alle weiteren Interventionen dienen entweder nur dem Fortgang des Gespräches oder der Erläuterung und Vertiefung von bereits gewonnenen Informationen. Dies erschwert zwar die systematische Erhebung immer der gleichen Fakten, erweitert aber ganz erheblich den Freiheitsspielraum. Gerade dadurch, daß der Arzt nicht auf bestimmte Dinge zustrebt, die er als durchschnittliche klinische Erfahrung erwartet, kommen ihm ungewohnte und neue Gesichtspunkte ins Blickfeld. Dabei achtet der Arzt nicht nur auf das psychomotorische Ausdrucksverhalten und die Äußerungen von Affekten beim Patienten, sondern er hört gleichsam mit dem " 3. Ohr " wie es Theodor Reik (19) genannt hat, auf die verborgenen Bedeutungen der Mitteilungen des Pat. und achtet gleichzeitig auf die eigenen Gefühlsreaktionen, welche das Verhalten und die Äußerungen des Patienten beim Arzt auslösen. In psychoanalytischer Hinsicht ist also die Gegenübertragungsreaktion des Arztes im Interview

ebenso Gegenstand der Untersuchung wie die beobachtbaren Verhaltensweisen des Patienten dem Arzt gegenüber. Nach H.S. Sullivan ist das (32) psychiatrische, ärztliche Gespräch zutiefst eine naturwissenschaftliche Methode, indem sie die - menschliche - Natur und menschliches Verhalten beschreibt. Gegenstand der naturwissenschaftlichen Untersuchung ist aber nicht die Natur an und für sich, sondern die der menschlichen Beobachtung ausgesetzte Natur. Daraus folgt, daß der Arzt im klinischen Gespräch kein Unbeteiligter ist, sondern eine kreative Leistung zu vollbringen hat, die zwischen der objektiven und unbestechlichen, leidenschaftslosen Beobachtung eines Geschehen und der engagierten Teilnahme in einem Schwebezustand bleibt. Sullivan beschreibt den sich so verhaltenden Arzt als " participant observer ", als teilnehmenden Beobachter.

Dabei nimmt der Arzt engagiert als Gesprächspartner am interpersonalen Prozeß des Gesprächsgeschehens teil und ist handelnd eingebunden in das Wechselspiel der Gesprächsteilnehmer. Als naturwissenschaftlicher Beobachter bleibt er aber gleichzeitig auch distanziert und registriert, ebenso wie er reflektiert, was zwischen den beiden Gesprächspartner geschieht und wie er selbst als Gesprächsteilnehmer auf die Gesprächssituation sich verhaltend und mit seinen Gefühlen reagiert.

Wir haben dieser klinischen Untersuchungsmethode deshalb einen so großen Stellenwert eingeräumt, weil aus der bisher vorliegenden Literatur keine spezifischen Eigenschaften von Patientinnen mit Frühgeburtsbestrebungen beschrieben sind. Es ging uns darum, einen möglichst breiten Bereich von Wahrnehmungsmöglichkeiten abzudecken und uns möglichst wenig festzulegen auf die Feststellung oder Widerlegung bestimmter Erwartungen.

3.2.2 Persönlichkeitsfragebogen.

In Ergänzung der durch das Interview zu erhaltenen Befunde strebten wir an, mittels eines Selbstauskunftsbogens das Persönlichkeitsprofil der Patientinnen festzuhalten.

Wir wählten das Freiburger Persönlichkeitsinventar (Fahrenberg und Selg, 2o) welches 9 voneinander weitgehend unabhängige Persönlichkeitsmerkmale einzuschätzen erlaubt, aus denen 3 weitere Dimensionen konstruiert werden. Dabei handelt es sich um die folgenden Persönlichkeitseigenschaften:

1. Nervosität (psychosomatische Gestörtheit).
2. Spontane Aggressivität (emotionale Unreife/ Beherrschtheit)
3. Depressivität (Mißlaunigkeit, Selbstunsicherheit/ Zufriedenheit und Selbstsicherheit).

4. Erregbarkeit (Reizbarkeit/Gelassenheit).
5. Geselligkeit (lebhaft/zurückhaltend).
6. Gelassenheit (selbstvertrauend/Irritierbarkeit).
7. Dominanzstreben (reaktiv-aggressiv/nachgiebig).
8. Gehemmtheit (gespannt/ungezwungen).
9. Offenheit (selbstkritisch/verschlossen, unkritisch).

Aus diesen 9 Dimensionen werden 3 weitere Eigenschaften abgeleitet: Extraversion (extravertiert/introvertiert). Emotionale Labilität (emotinnal labil/emotional stabil). Maskulinität (typisch männliche/typisch weibliche Selbstschilderung).

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) eignet sich gut zur Erfassung körperlicher Korrelate von Affekten, erhöhter körperlicher Affektresonanz, Depressivität und aggressiven Einstellungen. (21) Wir haben dieses Inventar gewählt, weil es dafür bekannt ist, besonders gut den Bereich spontaner Aggressivität und sozialer Durchsetzungsfähigkeit (Dominanzverhalten) andererseits aber auch den Bereich depressiver Störungen gut zu erfassen. Diese Wahl ging von Vorüberlegungen und von der klinischen Erfahrung aus, daß es sich bei Patientinnen mit Frühgeburtsbestrebungen meist um etwas nervös gereizte, leistungsstrebige und sozial durchsetzungsfähige Patienten mit meist sehr aktivem Verhalten im Beruf handelt. Die in diese Überlegung mit eingehende

Arbeitshypothese lautete, daß es sich bei Patientinnen mit Frühgeburtsbestrebungen um ehrgeizige und im Leistungsstreben frustrierte Frauen handelt, deren Symptome als Korrelate zu unterdrücktem Ärger entstehen.

Wir erwarteten von Fragebogen nicht die objektive Erfassung bestimmter Eigenschaften der Patientinnen, sondern - da es sich um einen Selbstauskunftsbogen handelt - daß die Patientinnen in ihrem Antwortverhalten das Bild widerspiegeln würden, was sie selbst von sich haben. Insofern erhalten wir eine subjektive Aussage über das, was die Patientinnen von sich wahrnehmen oder was sie von sich wahrnehmen und wiedergeben können. Dabei sind wir uns darüber im klaren gewesen, daß dieses Bild erheblichen Verfälschungstendenzen im Sinne z.B. der sozialen Erwünschtheit unterliegt.

3.2.3 Strukturdiagnosen

Die Interviews wurden sämtlich in der psychosomatischen Abteilung auf ihren Inhalt und das Übertragungs-, Gegenübertragungsgeschehen kontrolliert. Die Protokollierung geschah nicht nur im Hinblick auf die mitgeteilten Inhalte, sondern auch im Hinblick auf die Gestaltung der Beziehung zum Arzt, die Art der

Kontaktaufnahme und des Kontakthaltens und im Hinblick auf die Diagnose der vorliegenden Hauptpersönlichkeitsmerkmale im Sinne der überwiegenden Persönlichkeitsstruktur (Schultz-Hencke 1951, l.c., Fritz Riemann 22). Dabei haben wir versucht, dem Dilemma der meist vorgefundenen Mischstrukturen dadurch zu entgehen, daß wir uns auf eine Hauptdiagnose festlegten unter bewußter Inkaufnahme von Ergänzungen; eine einigermaßen vollständige Strukturdiagnose müßte nicht nur die Hauptdiagnose, sondern zusätzlich ein oder zwei Ergänzungsdiagnosen angeben. Zum Beispiel " Zwangsneurose mit depressiven Zügen " oder " Hysterie mit zwanghaften und depressiven Anteilen ". Dieses Vorgehen erschien uns gerechtfertigt, da nicht eine größtmögliche Präzision - und damit Vielfalt der Befunde - angestrebt wurde, sondern eine erste ordnende Orientierung, die evtl. Grundlage für weitere Untersuchung werden könnte.

4. Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Gruppen.

4.1.1 Berufstätigkeit.

Die Pat. gehörten in soziologischer Hinsicht überwiegend den verschiedenen Schichten der Mittelklasse an. Einige von ihnen kamen aus der Unterschicht. Die angegebenen Berufe sind nach der Häufigkeit in der folgenden Tabelle wiedergegeben.

Beruf	Anzahl
1. Verkäuferin	23
2. Verwaltungsangestellte	21
3. Buchhalterin	11
4. Lehrerin	9
5. Finanzbeamtin	7
6. Medizinisch-techn.-Ass.	7
7. Sozialarbeiterin	6
8. Architektin	5
9. Ärztin	3
1o. Krankenschwester	2
11. Ungelernte	7

Von den 7 ungelernten Arbeiterinnen waren 2 in Reinigungsfirmen als Putzfrauen tätig, während 4

mit Kontrollarbeiten am Fließband beschäftigt waren.

Es fällt auf, daß alle Patientinnen in Berufen tätig sind, in denen besondere Anforderungen an Ordnungsliebe, Sauberkeit, Genauigkeit, Zuverlässigkeit und Verantwortungsgefühl gestellt werden. Ein Ergebnis aus den Interviews soll an dieser Stelle vorweggenommen werden: Alle Patientinnen hatte eine leistungsstrebige und ehrgeizige Einstellung bezüglich ihrer Berufstätigkeit und - soweit sie diese derzeit nicht mehr ausübten - eine ähnliche Einstellung bei der Tätigkeit im Haushalt.

4.1.2 Altersverteilung

Das Alter der Pat. lag zwischen 17 u. 39 Jahren, im Mittel bei 29 1/2 Jahren. Die Altersverteilung auf die verschiedenen 5 Jahresabschnitte ergibt sich wie folgt:

Alter	Anzahl
17-2o	12
21-25	22
26-3o	31
31-35	21
36-39	15

Die Mehrheit der Patientinnen ist also z.Zt. dieser Schwangerschaft zwischen 2o u. 35 Jahre alt und es

dominiert unter ihnen keineswegs die adoleszente (ledige Erst-) Gebärende.

4.1.3 Schwangerschaftsalter

Die Verteilung des Schwangerschaftsalters bei den einzelnen Patientinnen ist in Abb. 2 graphisch wiedergegeben, sie sei hier tabellarisch dargestellt.

Alter der Schwangerschaft	Anzahl
16-2o.Wochen	6
21-25.Wochen	18
26-3o.Wochen	31
31-35.Wochen	32
36-37.Woche	14

Die Mehrzahl der Patientinnen befand sich also zwischen der 25. u. 35. Schwangerschaftswoche, im Mittel in der 3o. Woche zur Zeit des Erstinterviews.

4.1.4 Frühere Schwangerschaften, Fehlgeburten, Abtreibungen.

59 Patientinnen befanden sich in ihrer ersten Schwangerschaft.

28 Patientinnen hatten bereits ein Kind, 11 hatten zwei Kinder und bei 3 Patientinnen waren drei Kinder vorhanden.

47 Patientinnen gaben bereits früher durchgemachte Fehlgeburten an.

29 von ihnen hatten 2 Fehlgeburten und 3 hatten 3 Fehlgeburten durchgemacht.

Es handelt sich also offensichtlich keineswegs um ein Kollektiv von Frauen mit habituellem Abort.

14 Patientinnen gaben in der Vorgeschichte eine Abtreibung an, 2 Patientinnen hatten 2 Abtreibungen durchführen lassen.

4.2 Auslösende Situation

Trotz der Vielfalt und Verschiedenartigkeit der auslösenden Situationen lassen sich 2 wesentliche Bereiche voneinander unterscheiden:

Konflikte, die aus dem familiären Bereich stammen.

Konflikte, die im Bereich des Berufslebens oder im Zusammenhang damit entstehen.

Im Folgenden werden die verschiedenen Konfliktbereiche nach der Häufigkeit aufgezählt. Da Mehrfachnennungen vorkommen, ergeben sich höhere Summen als es der Anzahl der Patientinnen entspricht.

Konfliktbereich/Konfliktthematik	Anzahl
1. Überforderung im Haushalt (Perfektionismus)	28
2. Enttäuschung am Ehemann	19
3. Konflikt mit Familie	18
4. Rollenkonflikt mit dem Ehemann	15
5. Tod in der Verwandtschaft	11
6. Perfektionistische Mütterlichkeit	9
Berufsarbeit/Überforderung (Perfektionismus)	38
Berufsaufgabe/Verzicht	35
Finanzielle Probleme	16
Zu enge Wohnung	6
Umzug aus Anlaß der Schwangerschaft	4
Angst vor Kindsschädigung	2
Keine auslösende Situation	6

An dieser Stelle sei angemerkt, daß wir mit der Nennung dieser auslösenden Situation, welche z.T. recht schwerwiegende äußere Belastungen beinhalten, z.T. aber alltägliche Situationen dar-

stellen, die aber zu schweren inneren Versuchungs-/Versgungssituationen der Patientinnen führen, keineswegs die Aussage machen wollen, daß allein das Vorhandensein dieser sozialen Gegebenheiten notwendigerweise zu Frühgeburtsbestrebungen führen müssen. Es ist in solchen Situationen auch nahezu jede andere Symptombildung denkbar.

Wir werden bei der Beschreibung der Persönlichkeitsstrukturen und der Darstellung der Fallbeispiele und insbesondere in der Diskussion auf den Zusammenhang zwischen der spezifischen Verarbeitungsweise und der Anpassungsfähigkeit der Pat. in der gegebenen Situation unter Symptombildung eingehen.

4.3 Freiburger Persönlichkeitsinventar.

Wegen bedenklicher Werte in der Skala für Verschlossenheit (9) mußten wir 34 Bögen aus der Untersuchung ausschließen, während sich bei den übrigen Bögen immer noch die Neigung erkennen ließ, möglich nichts von sich zu bekennen, was irgendwie als auffällig gelten könnte. Es bestand eine verkrampfte Ängstlichkeit, als nicht " normal " angesehen zu werden. Dies weist auf eine Problematik in dem Bereich des Selbsterlebens und der Selbstsicherheit hin. Die Patientinnen zeigten mit einem

ungünstigen Wert im Bereich der Skala 9, welche auch als sogenannte " Lügenskala " bezeichnet wird, daß sie nur ein gewisses Maß an Selbstkritik ausüben können oder bewußt sich in einen tendenziös unauffälligen Sinn äußern.

Die Mittelwerte der Antwortprofile sind in Abb. 3 - 6 wiedergegeben.

Abb. 3 stellt die Mittelwerte und die Standardabweichung der Gesamtgruppe (N = 101) dar. Es zeigt sich, daß das Profil nicht aus dem Bereich heraustritt, der bei 54 % einer befragten Normalpopulation ebenfalls erreicht würde.

Wir haben daher nach der im Interview gewonnenen Strukturdiagnose die Profile der Untergruppen darzustellen, um zu sehen inwieweit sich hier andere Verhältnisse zeigen.

Im Vergleich der Untergruppe von Patientinnen (Abb. 4) anankastischer Persönlichkeitsstruktur (28 auswertbare Bögen) und der Untergruppe mit depressiver Persönlichkeitsstruktur (31 auswertbare Bögen, Abb. 5) zeigte sich keine wesentliche Abweichung vom Durchschnittswert der Gesamtgruppe. Insofern ergab die Auswertung der Gruppendurchschnittswerte keine neuen Gesichtspunkte.

Lediglich die Fragebögen der Patientinnen, bei denen eine hysterische Persönlichkeitsstruktur (Abb.6) vorlag zeigten eine besondere Tendenz zu Lebhaftigkeit und Geselligkeit. Eine ähnliche Tendenz zeigte sich bei den Patientinnen, bei denen eine Persönlichkeitsstruktur vom Borderline-Typus festgestellt wurde.

Die Auswertung des Freiburger Persönlichkeitsinventars ergab also keine Besonderheiten. Es wurden vielmehr einige Schwächen von Fragebögen deutlich:

1. Die Tendenz, sich im Sinne einer erwarteten Erwünschtheit auszudrücken.
2. Die Tendenz der Verleugnung.
3. Das Verlorengehen individueller Züge durch die Bildung von Mittelwerten. Extremwerte einzelner Patientinnen haben sich so im Gruppenprofil gegenseitig neutralisiert.

Unübersehbar wurde aber schon an der hohen Rate der wegen Verschlossenheit auszuschließenden Bögen, daß die Patientinnen sich zumindest mittels dieses Fragebogens nur ungern zu erkennen gegeben und sich im Sinne einer erwarteten Normalität schildern möchten.

4.4 Persönlichkeitsstrukturen u. psychischer Befund

Die nachfolgende Beschreibung des psychischen Befundes und der Persönlichkeitsstrukturen der Frauen mit Frühgeburtsbestrebung stützt sich auf die Definitionen der Persönlichkeitsstrukturen, wie sie von Harald Schultz-Hencke (17) beschrieben worden sind. Bezüglich des Borderline-Syndroms orientieren wir uns an den Definitionen von Meißner, Mack und Semrad (23) und den Beschreibungen von Kernberg (24).

Natürlich ist es nicht möglich, einen Menschen mit der Angabe der Hauptcharaktermerkmale unter Benutzung nur eines Strukturtypus hinreichend zu erfassen. Zu allen Strukturdiagnosen wäre also eine Nebendiagnose zu nennen. Wir beschränken uns hier jedoch der Übersichtlichkeit willen auf die Darstellung der Verteilung der Hauptstrukturdiagnosen. Im hier untersuchten Kollektiv fanden wir 4 Gruppen, die sich nach den überwiegenden Strukturmerkmalen unterscheiden ließen:

1. Eine vorwiegend zwanghafte Persönlichkeitsstruktur ließ sich bei 3o Patientinnen nachweisen.

2. Eine überwiegend depressiv strukturierte Persönlichkeit fanden wir in 45 Fällen, wobei auffiel,

daß viele von diesen auch gewisse zwanghafte Anteile zeigten.

3. Eine hysterische Struktur fanden wir bei 19 Frauen, wobei diese ebenfalls in einem gewissen Teil zwanghafte Persönlichkeitsmerkmale aufwiesen.

4. Bei 4 Patientinnen fanden wir schizoide Persönlichkeitszüge, jedoch war die Ich-Struktur derartig brüchig, daß wir von einer Borderline-Struktur sprechen müssen.

Bei 3 Patientinnen konnten wir uns bezüglich der vorwiegenden Persönlichkeitsstruktur nicht entscheiden, da das Interview zu unergiebig und die Pat. zu verschlossen waren. Sie waren vorwiegend durch Mißtrauen, eine ärgerliche und mißmutige Zurückgezogenheit gekennzeichnet. Auch bei ihnen fanden sich Hinweise auf vorliegende Ich-Schwäche und eine teils manifeste, teils überspielte mißtrauische Haltung.

Enttäuschung, uneingestandene Ärgerlichkeit und Gekränktheit wurden im Gespräch von fast allen Patientinnen thematisiert, allerdings war die Qualität der jeweiligen auslösenden Situationen sehr verschieden und zeigte eine typische Beziehung zu diesen Persönlichkeitsstrukturen.

4.4.1 Hysterische Persönlichkeitsstruktur.

In dieser Gruppe fiel die hohe Zahl der angegebenen Ehe- und Partnerkonflikte auf. Die Patientinnen beschrieben sich als enttäuscht von ihren Lebenspartnern, die nicht in der gewünschten Weise auf sie eingingen, sich mit ihnen beschäftigen, sich ihnen zuwandten oder ihre Frauen nicht verstanden. Diese Patientinnen sagten seltener, daß alles harmonisch sei und neigten weniger stark als die übrigen zu Verleugnung von Konflikthaftigkeit. Freilich empfanden sie nicht sich selbst als konflikthaft, sondern sahen ihre Beziehung als durch ein Fehlverhalten des Ehepartners gefährdet; nach ihrem Empfinden waren Konflikte in der Beziehung durch den anderen Teil verursacht.

Eine Patientin äußerte, sie habe " Vorzeigewehen " als sie " vorzeitige Wehen " als Grund der Krankenhausaufnahme angeben wollte. Sie zeigte sich als enttäuscht, daß ihre Umgebung für ihr persönliches Erleben der Schwangerschaft und ihre intensive Vorbereitung auf die Niederkunft so wenig Interesse aufbrachte und kaum Anteil nehmen wollte. Auch die anderen Frauen dieser Gruppe empfanden ihr Selbstwertgefühl als abhängig von der Aufmerksamkeit, die sie erreichten und von der Geltung, die sie sich verschaffen konnten. Dies betraf besonders ihre Ein-

stellung zur Schwangerschaft. Sie schienen die Erwartung zu haben, daß die Schwangerschaft ihnen eine besonders beachtete und bevorzugte Stellung verschaffen würde.

Auch zeigte sich bei diesen Patientinnen die Einstellung, mittels der Schwangerschaft eine gewisse,die Umgebung bedrängende Haltung einzunehmen, wobei sich diese Haltung vorwiegend dem Ehemann, aber auch dem Vater, der Schwiegermutter oder anderen Personen gegenüber äußerte.

Fallbeispiel 1:

Die 2ojährige Krankenschwester, Frau G., war zur Zeit des Interviews noch verlobt und befand sich in der 23. Schwangerschaftswoche ihrer 2. Schwangerschaft. Sie gab an, daß sie z.Zt. ihres Examens vor zwei Jahren im Ausland eine Abtreibung hatte durchführen lassen. Zu Beginn der jetzigen Schwangerschaft hatte sie unter starkem Schwindel und Erbrechen gelitten.

Zur Zeit des Interviews bestanden die Frühgeburtsbestrebungen schon seit 3 Wochen. Sowohl sie selbst als auch ihr Verlobter stammen aus einem konservativen spanischen Elternhaus. Er ist seit 3 Monaten arbeitslos. Die Pat. teilte mit, daß sie noch nicht habe

heiraten können, da sie noch keine eigene Wohnung hätten. Auch seien ihre Eltern nicht einverstanden mit dem Leben, das sie führe. Aus ihrem Arbeitsverhältnis als Sprechstundenhilfe war sie aufgrund von Ohnmachtsanfällen entlassen worden; kurz darauf war der Schwangerschaftstest positiv geworden.

Die Patientin fühlte sich enttäuscht und gekränkt, hauptsächlich durch die Mißbilligung ihrer Schwangerschaft durch ihren Vater. Vom psychischen Befund her wirkte sie traurig und von hilflos ärgerlichen Gefühlen gekennzeichnet. Ihre persönliche Krise bestand in der bevorstehenden Trennung von ihren Eltern; dabei fiel auf, daß sie ihren Partner erst kurz kannte und in einer planlos-konfusen Weise die Beziehung zu ihm aufgenommen hatte. In der gleichen Weise war sie schwanger geworden, ohne ihre Situation sorgfältig zu überdenken. Sie hatte ihre Ovulationshemmer abgesetzt, da sie glaubte, ihre Ohnmachtszustände seien hierdurch bedingt.

Fallbeispiel 2:

Die 18jährige Sizilianerin befand sich in der 25. SSW ihrer Schwangerschaft. Sie gab an, sie leide unter Anfällen, in denen sie die Augen zukneifen und in Ohnmacht fallen müsse. Sie schilderte diese Ausnahmezustände als subjektiv unangenehm und

für sie selbst unerklärlich. Im weiteren berichtete sie, daß sie seit 5 Jahren mit ihrem sizilianischen Mann befreundet und seit 4 Jahren verheiratet sei. Sie sei schon einige Zeit verlobt gewesen und beim ersten Verkehr sofort schwanger geworden. Dies mache ihr nun die Schwiegermutter zum Vorwurf; darüber hinaus wisse sie, daß die Schwiegermutter unbedingt einen Sohn von ihr verlange, sie selbst aber würde lieber ein Mädchen haben. In diesem Konflikt stehe ihr Mann ganz hilflos da und stärke ihr in keiner Weise den Rücken. Dies kränke sie ungeheuer. Wenn ihr Ehemann sie besuche und die Rede auf die Schwiegermutter komme, dann würden ihre Anfälle besonders schnell kommen. Dann werde ihr schwindelig, es werde alles schwarz vor Augen und sie müsse sich aufs Bett legen. Allerdings sei sie nicht ganz bewußtlos, sondern höre alles wie von weiter Ferne. Außerdem habe sie chronische Schmerzen im Unterbauch und mache sich Sorgen was mit dem Kind sei.

Der psychische Befund zeigte eine recht infantile junge Frau, die über hysterische Dämmerzustände berichtet, die auf dem Boden des o.g. Konfliktes zustande kommen. Ihre Entwicklung war durch die mangelnde Unterstützung durch den Ehemann behindert, auch war eine Abgrenzung und Selbstbehauptung gegenüber der Schwiegermutter ni cht möglich.

4.4.2
Zwanghafte Persönlichkeitsstruktur.

Bei diesen Fällen fiel neben den zwanghaften Zügen eine häufige Verbindung mit narzißtischen Zügen auf, die auch bei den depressiven Patientinnen zu beobachten waren. Allerdings waren die hier als anankastisch eingeschätzten Patientinnen zu weit aus mehr Aktivitäten in der Lage und wirkten insgesamt vitaler und kämpferischer. Auch hatten sie ein sehr hohes Selbstideal bezüglich ihrer Arbeit und beschrieben die Neigung, infolge ihres Perfenktionismus sich im Beruf zu überfordern. Mit einer ähnlichen Haltung gingen sie an ihre Schwangerschaft:
Es handelte sich um eine von übergroßen Leistungserwartungen geprägte Arbeitslust. Aussagen wie " ich habe Angst, in Haushalt und Kinderstube wie in einem goldenen Käfig gefangen zu sein und nichts Rechtes tun zu können ", verdeutlichen, wie sehr sie ihr Selbstgefühl aus dem beruflichen Bereich beziehen, den sie während der Schwangerschaft zunehmend einschränken und in naher Zukunft zumindest zeitweilig aufgeben müssen. Sie verlieren also ein wichtiges Feld der Selbstbestätigung. " Meine Arbeit ist mein Stolz, der mich aufrecht erhält ", sagte eine Patientin.

Diese narzißtische Befriedigung erwarten sie noch nicht von ihrem Dasein als Mutter, das sie zwar an-

streben, aber noch nicht schätzen können.

Diese Frauen erleben ihre Selbstbestätigung im Beruf und die Freude am eigenen Funktionieren als eine wichtige narzißtische Gratifikation, die sie in schroffem Gegensatz zu einem als narzißtisch arm erlebten Mutterdasein empfinden.

Hier müssen wir darauf hinweisen, daß alle diese Frauen sich ihre Schwangerschaften sehr gewünscht hatten und auf lange Jahre ihre Lebensplanung darauf abgestimmt hatten. Dennoch waren sie mehr von sich selbst als von den Personen ihrer Umgebung enttäuscht, so daß symptomatisch auch hier depressive Äquivalente beobachtbar wurden. Bei ihnen war aber der Rückzug nicht so weit wie in der depressiven Gruppe. Auch waren sie mehr von Impulsivität und Aktivität gekennzeichnet und von dem was man " machen und tun " kann. Auch bei ihnen fanden sich zahlreiche Enttäuschungen, jedoch mobilisierte diese Enttäuschung jeweils mehr Ärger und führte nicht zu einer so nachhaltigen Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls, daß man vom Vorliegen einer Depression sprechen kann. Sie werten diese Affekte in einer etwas aggressiveren und kräftigeren Weise auf der zwanghaften Ebene mit vermehrter Aktivität ab.

Fallbeispiel 1:

Die 4ojährige Bankangestellte Frau D. ist mit einem Buchhalter verheiratet und aus der 4jährigen Ehe ist ein Kind hervorgegangen, das nun 2 Jahre alt ist. Auch in der ersten Schwangerschaft waren Frühgeburtsbestrebungen aufgetreten. Während dieser Zeit hatte sie 7 Monate im Krankenhaus zubringen müssen. Zur Zeit des Interviews ist diese Patientin in der 22. SSW und bittet selbst um ein Gespräch mit dem Psychiater, da sie übernervös sei und einen "irritierbaren Uterus " habe.

Sie beklagt sich darüber, daß sie sich zum einen ihr Kind sehr wünsche, zum anderen aber komme sie mit den Belastungen nicht zurecht, obwohl ihr Mann ihr helfe. Sie sei überaus zwanghaft und " putzteufelig " in Haushalt und Beruf. Sie habe nun große Angst, aufgrund der Spannungen ihr Kind zu verlieren.

Bei dieser Patientin ergab der psychische Befund das Vorliegen einer manifesten Depression bei einer zwanghaften Persönlichkeitsstruktur mit Gefühlen von Hoffnungslosigkeit und hilfloser Wut. Die Patientin wirkte nervös, irritierbar und ungeduldig, gereizt und vorwurfsvoll.

Ihre Krise bestand in der Unvereinbarkeit ihrer

perfektionistischen Bestrebungen, welche ihr " Höchstleistungen " im Beruf und als Mutter abverlangten, ohne daß sie diesen unrealistisch hohen Leistungserwartungen gerecht werden könnte.

Fallbeispiel 2:

Die 24jährige Medizinstudentin Frau C. befand sich in der 35. SSW. Ihr Medizinstudium war bis ins 1o. Semester vorangeschritten. Sie gab an, daß sie während der Schwangerschaft einen ungeheueren Ärger mit ihrer Dissertation gehabt habe. Sie sei immer aggressiver geworden, weil ihr Doktorvater ihr ständig wechselnde und widersprüchliche Aufgaben gegeben habe, die sie mit großem Fleiß und viel Sorgfalt erfüllt habe; wenn er dann davon Kenntnis genommen habe, sei alles wieder umgeworfen worden und es habe sie mehr geärgert als gekränkt, aber vielleicht auch beides.

Die frustrierte Arbeitswut habe sie ungeheuer niedergedrückt, sie habe dann nur noch heulen können.

Ihr Mann sei mit seinem Kinderwunsch sehr ambivalent gewesen; er sei oft hektisch, auch ein Medizinstudent im gleichen Semester.

Normalerweise sei sie ganz gelassen. Sie explodiere

selten, dann aber gründlich. Autonomie und Selbstverfügung seien ihr unendlich wichtig. Seit Beginn der Kontraktionen habe sie immer Schuldgefühle: " Ich treibe mein Kind aus ". Von Natur aus sei sie eine selbstunsichere und von ihren Fähigkeiten eigentlich nicht überzeugte Persönlichkeit. Reaktiv auf dieses Empfinden aber neige sie zu einer überaus perfektionistischen Haltung, aus der heraus sie sich selbst immer hohe Forderungen setze, denen sie kaum genügen könne. Wenn sie diese Ziele nicht erreiche, empfinde sie ein Versagensgefühl, das ihren Unwert nur verstärke. Mit einer ähnlichen Haltung sei sie auch an die jetzige Schwangerschaft herangegangen; nach einem anfänglichen Hochgefühl mit einer besonderen Leistungsfähigkeit habe sie zunehmend die Belastungen ihres Studiums als Schwierigkeiten empfunden und sich mit einer zunehmenden Spannung gequält.

4.4.3
Depressive Struktur.

Bei diesen Pat. fanden wir häufige Klagen über Unsicherheit und verletzten Stolz sowie Enttäuschung und hilflosen Ärger. Außerdem gaben sie die Furcht, vernachlässigt oder mißachtet zu sein an, und sorgten sich grübelnd darüber, ob sie vielleicht irgendwo übergangen worden seien oder übergangen werden könnten. Sie zeigten sich als dauerhaft von diesen Gefühlen irritiert, deren Wurzel recht verschiedener Art war.

Meistens kamen sie aus dem familiären Bereich, gelegentlich aus dem beruflichen oder aus beiden Bereichen.

Die Patientinnen beschrieben sich als häufig unfähig, mit Forderungen umzugehen, die an sie gestellt wurden. Gleichzeitig hatten sie selbst übersteigerte Erwartungen an die Umgebung. Sie beschrieben sich als befangen in der Durchsetzung eigener Bedürfnisse, während sie für andere oft kämpferisch einstehen konnten.

4.4.4
Einstellung zur Schwangerschaft.

Bezüglich ihrer Schwangerschaft, des kommenden Kindes und der Mutterrolle hatten sie dieselben grandios übersteigernden Erwartungen wie an ihre Hilfsleistungen und ihre Zuwendungen für andere, wobei es unübersehbar war, daß sie so Gefühle von Kleinheit und Insuffizienz kompensieren wollten. Sie erwarteten, durch ihre Schwangerschaft und das kommende Kind mehr Liebe und Annerkennung zu erhalten, welche auf den eigenen Bedürfnissen nach Sicherheit und Schutz entsprechen könnten. Die reale oder auch nur die befürchtete Enttäuschung dieser Erwartungen führte zu der charakteristischen Mischung hilflosen Ärgers, traurigen Rückzugs, verwundeten Stolzes und versteckter Anklagen, die typischerweise in Fällen von

" verleugneter " Depression beschrieben wurden (Molinski, 37). Auch schienen diese Patientinnen in merkwürdiger Weise das Kind als ein Substitut oder Surrogat einsetzen zu wollen, das eigene Unzulänglichkeiten ergänzen müßte und eigene Bedürftigkeit befriedigen könnte. Sie schienen in ihrer Fantasiewelt auf eine rein mütterliche Welt ausgerichtet, in der es nur das Kind und die Mutter gibt und in der ein Mann nur ein störender Begleitumstand ist. Molinski hat dies (l.c.) als " archaische Mütterlichkeit " bezeichnet.

Fallbeispiel 1:

Die 27jährige Sozialarbeiterin E. war seit 2 Jahren mit einem Bankangestellten verheiratet. Zur Zeit des Interviews befand sie sich 3o. SSW. Sie hat schon einen 18monatigen Sohn und die Ehe kam aus Anlaß dieser 1. Schwangerschaft zustande. Sie arbeitete in einem Kindergarten, der vorwiegend von Kindern der Unterschicht besucht wird und als sozialer Brennpunkt gilt. Ihre Arbeit - so betonte sie - sei für sie keine Bürde, denn sie finde große Befriedigung in der Liebe, welche ihr die Kinder entgegenbringen würden und sie genieße die Achtung, welche ihr die Eltern aufgrund ihres Engegements gewährten. Sie formulierte: " Anderen das zu geben, was ich selbst so oft vermissen mußte, macht mich glücklich ". Dennoch fühlt sie sich erschöpft.

Sie wünschte sich ein 2. Kind, um den Altersunterschied zum 1. nicht zu groß werden zu lassen. Über ihre Unzufriedenheit äußerte sie, daß sie sich oft isoliert und zu Hause festgebunden fühle und wenn ihr Mann spät nach Hause komme, sei er für die von ihr gewünschte intensive Zuwendung zu müde. Aus diesem Grunde fühle sie sich verlassen und bedauere so viel sozialen Kontakt durch die Schwangerschaft verloren zu haben.

Der psychische Befund ergab das Vorliegen einer überwiegend depressiven Persönlichkeitsstruktur mit zwanghaften Zügen. Auch gab die Pat. gleichzeitig Gefühle von Unsicherheit und eine argwöhnische Sensitivität an. Es zeigte sich, daß sie ihr Selbstwertsystem im Gleichgewicht hält durch die Anstrengungen und das hohe Leistungsniveau, das sie im Beruf von sich verlangt. Insofern verhält sie sich wie eine zwanghafte perfektionistische Frau. Andererseits hat sie das Problem, daß sie im Beruf nicht nur emotionale Zufuhr und Bestätigung erhält, sondern daß sie gleichzeitig auch sehr viel geben muß und fürchtet, im Geben überfordert zu werden. Gleichzeitig fürchtet sie auch aufgrund der Frühgeburtsbestrebungen um ihre Hoffnung, daß sich ihr Mann doch wenigstens in der Schwangerschaft und wegen des kommenden Kindes intensiver um sie kümmern werde, wenn sie seinen Kinderwunsch erfülle.

All diese Dinge beschrieb die Pat. aber als eine stumme Erwartung und wirkte befremdet über die Fragen, was sie zu Erfüllung ihrer Bedürfnisse selbst tun könne: " Wenn mein Mann es nicht errät und weiß, wie könnte ich es ihm je deutlich machen ?" Dabei wirkte sie nicht nur resigniert, sondern mehr noch ratlos. Die Denkmöglichkeit, daß sie selbst aktiv werden könnte, um eigene Bedürfnisse zu befriedigen, schien ihr völlig fremd, und jedes Unterfangen in dieser Hinsicht als aussichtslos. Dabei wurde das Ausmaß ihrer passiven Erwartungshaltung und ihre Gehemmtheit im sich durchsetzenden und erobernden Verhalten kenntlich.

Fallbeispiel 2:

Die 24jährige Hausfrau und frühere Verkäuferin B. B. war in der 3o. SSW als wir sie zum Interview sahen. 5 Jahre lang war sie schon mit einem Arbeiter verheiratet. Sie klagte über Heimweh und geriet durch aggressive Gefühle in Konflikt mit Schwestern der Station. Die Pat. stellte im Gespräch spontan ausführlich ihre Fantasien und Erinnerungen an schlechte Erfahrungen in verschiedenen Krankenhäusern und mit verschiedenen Ärzten dar. Es kam eine überaus vorwurfsvolle und ärgerliche, gleichzeitig aber auch depressive Stimmung zutage. Sie klagte über die

Teilnahmslosigkeit und Herzlosigkeit der Ärzte und Schwestern auf der Station; keiner habe sich ihr vorgestellt, keiner habe mit ihr sprechen wollen und alle Ärzte würden miteinander über sie hinweg sprechen.

Ihre übergroße Angst wegen der jetzigen Frühgeburtsbestrebungen begründete sie damit, daß sie vor 2 Jahren etwa zur gleichen Zeit bereits ein Kind durch Frühgeburt verloren habe.

Der psychische Befund ergab das Vorliegen einer hauptsächlich depressiven Persönlichkeitsstruktur. Ihre depressiven Affekte begründete sie mit starkem Heimweh. Ihr Mann komme nur alle 14 Tage nach Hause, weil er mehrere 1oo km entfernt arbeiten müsse; auch gab sie an, daß sie als 5jähriges Kind in einem Kinderheim schlechte Erfahrungen gemacht habe und schildert spontan, wie sie diese Erfahrungen auf den jetzigen Klinikaufenthalt als eine Erwartungshaltung überträgt. Auch bei dieser Pat. ließ sich die für die depressive Struktur typische passive Erwartungshaltung, bei gleichzeitigen Riesenerwartungen, eine ausgeprägte aggressive Gehemmtheit und eine überaus große Kränkbarkeit nachweisen. Schon bei geringen Frustrationen reagierte sie mit starker Hoffnungslosigkeit.

Besonderheiten bei Einzelfällen:

1.
Die 29jährige Mathilde kam in der 32. SSW zum Interview. In der Vorgeschichte hatte sie 3 Fehlgeburten. Die jetzige Schwangerschaft war nach Adoption eines Kindes eingetreten. Sie hatte sich während der ganzen Schwangerschaft erhebliche Sorgen gemacht, sie könne das Kind wieder verlieren und hatte auch jetzt wie in früheren Schwangerschaften frühzeitig Wehen bekommen. Während der Krankenhausbehandlung fühlte sie sich durch allerlei Verhaltensweisen des Personals gekränkt.

Die Pat. schilderte sich als überwiegend leistungsstrebig und ehrgeizig, überaus genau und als Gerechtigkeitsfanatiker. Insofern machte sie den Eindruck einer zwanghaften Persönlichkeit. Die genauere Exploration aber ergab erhebliche Ich-Schwäche und geringe Impulskontrolle. Gleichzeitig ein äußerst geringes Selbstwertgefühl und eine erheblich gestörte Realitätskontrolle. Ihre Affekte waren vorwiegend von Empörung, Unzufriedenheit und von einer nachhaltigen Irritation des Selbstwertgefühls gekennzeichnet. Wir kamen zur Diagnose einer Borderline-Struktur bei erheblicher Selbstunsicherheit mit dem Versuch anankastischer Kompensation.

2.
Die 32jährige Pat. Dorothea war seit 4 Jahren ver-

heiratet und hatte in der 1. Schwangerschaft vor 3 Jahren eine schwere Wochenbettdepression. Sie gab jetzt an, daß sie sich nicht habe über ihr Kind und am Kind freuen können und bis heute keine Beziehung zum 1. Kind aufbauen können. Sie habe einen geisteskranken Vater und andere Verwandte, die psychisch auffällig seien. Sie habe niemals eine positive Beziehung zu ihrer Mutter gefühlt und fühle sich von ihr nicht verstanden. Sie habe Angst, all das schicksalhaft wiederholen zu müssen. Das 2. Kind habe sie nur ihrem Mann zuliebe bekommen, um die Ehe zu retten.

Die Pat. zeigte einen hypomanisch bizarren Affektwechsel, erhebliche Getriebenheit mit deutlichen Gefühlen von Angst und Verzweiflung und Depressionen. Bei ihr bestanden neben den typischen vorzeitigen Wehen, die sie erst während des stationären Aufenthaltes überhaupt wahrzunehmen lernte, eine Tendenz zur allmählichen und stetigen Erweiterung des Muttermundes bei zunehmenden Blutungen. Zeitweise wirkte die Pat. fast psychotisch. Eine Strukturdiagnose konnten wir bei ihr nicht stellen.

3.
Die 17jährige Oberschülerin Andrea befand sich in der 34. SSW als wir sie zum Interview sahen. Sie hatte von sich aus um stationäre Aufnahme ins Krankenhaus

gebeten, ohne Symptome zu klagen und erst
während der stationären Durchuntersuchung
waren ihre vorzeitigen Wehen aufgefallen.
Die Pat. wirkte höchst besorgt über das Wohlergehen
des Kindes.

Zu ihren sozialen Situation schilderte die Pat.,
daß sie anfangs von ihrem Freund massiv gedrängt
worden sei, das Kind abzutreiben. Auch ihr Vater
habe in diesem Sinn massiven Druck auf sie ausgeübt und ihr vorgehalten, sie dürfe ihre Karriere
nicht auf's Spiel setzen. Ebenso sei sie bei einer
Beratungsstelle sehr tendenziös beraten worden.
Sie habe weniger Hinweise auf soziale Hilfen, dagegen
eindeutige Ratschläge bekommen, wo sie eine Abtreibung
durchführen lassen könnte. Ebenso habe ihr Gynäkologe
in voreingenommener Weise mit ihr gesprochen. Alle
hätten sie praktisch vor die Alternative gestellt,
entweder ihr Kind zu bekommen oder auf das Abitur zu
verzichten. Sie habe aber beides gewollt. Als ihr
Freund sie nun nach einigem Hin und Her verlassen
habe, sei ihr früher sehr niedriger Blutdruck allmählich angestiegen und sie habe des öfteren Schwindelzustände bekommen. Erst im Kontakt mit der Sozialarbeiterin der Klinik habe sie eine nachhaltige
Förderung erfahren und Hilfe bei der Einrichtung
ihres Lebens als Schülerin mit einem Kind erfahren.
Es habe sich herausgestellt, daß ihre Schule und ihr

Direktor sehr kooperativ eingestellt seien .

Die Pat. befand sich in einer ganz erheblichen inneren Spannung, die teils aus äußeren Schwierigkeiten und Realangst, teils aus eigener Selbstunsicherheit zustande kam. So schilderte die Pat., daß sie nun zwar eine Wohnung in Aussicht habe, diese sei aber noch nicht eingerichtet, so daß sie sich Sorgen mache, wie sie mit ihrem Kind zurecht kommen könne, wenn es vorzeitig zur Welt kommen sollte.

Die Pat. war sowohl von ängstlichen Gefühlen wie auch von einer gewissen Gekränktheit gekennzeichnet. Uns gegenüber verhielt sie sich trotz aller Mitteilsamkeit emotional abgesperrt und verschlossen. Eine Strukturdiagnose konnten wir hier nicht stellen.

5. Diskussion der Ergebnisse

Wie wir bei der Auswertung der Interviews sahen waren Symptome der Depression in den meisten Fällen in verschiedener Ausprägung vorhanden, unabhängig von der vorliegenden Persönlichkeitsstruktur. Allerdings war diese Depression im unterschiedlichen Ausmaß und auf unterschiedlichem Wege abgewehrt.

Es stellt sich nun die Frage, worin der Unterschied besteht, wenn so viele dieser Patientinnen eine

depressive Verfassung beschrieben oder Symptome einer larvierten Depression angaben und gleichzeitig ihre Gefühle zu verleugnen suchten.

Die Hauptunterschiede sind zunächst darin zu sehen, daß die jeweilige auslösende Situation in gänzlich verschiedenen Bereichen liegen. Was für eine depressiv strukturierte Patientin kränkend ist, kann eine Frau mit zwanghafter Persönlichkeitsstruktur gut ertragen und umgekehrt. Darüber hinaus sind die Abwehr- und Anpassungsstrategien abhängig von der vorliegenden Persönlichkeitsstruktur.

In der Gruppe mit depressiver Struktur fanden wir mit großer Häufigkeit stillen Ärger, Vorwürfe und eine Tendenz zum Rückzug, wohingegen die mehr zwanghaft strukturierten Patientinnen mit Verdopplung ihrer Anstrengungen und vermehrter Anspannung reagierten. Sie neigten auch eher zu einer Kritik an der Umgebung aus geringfügigem Anlaß und klagten sich selbst vorwiegend wegen einer unterstellten Unfähigkeit an.

Die Borderline-Fälle klagten über ihre Gefühle von Insuffizienz, geringem Selbstwert, Befangenheit und beschwerten sich ausgiebig darüber, daß sie nicht die richtige Hilfe bekamen und nicht verstanden wurden.

Hysterisch strukturierte Patientinnen zeigten sich als Meisterinnen des Vorwurfs, der sich meist gegen den Ehemann, den Partner, die Eltern oder auch das medizinische Personal richtete.

In der einen oder anderen Weise waren aber alle diese Patientinnen in unterschiedlichem Ausmaß von traurigen und ärgerlichen Gefühlen voreingenommen, die aus einer narzißtischen Irritation herrührten. Dabei handelte es sich im Einzelnen um primäre Gefühle des Unwertes, der Unzulänglichkeit und Inkompetenz. In anderen Fällen war eine Abwehr zur Kompensation dieser Insuffizienz-und Inferioritätsgefühle errichtet, welche in der konkreten Versuchungs- Versagenssituation aus dem Gleichgewicht zu gehen drohte. Die Abwehr, welche sich gegen diese narzißtischen Erlebensweisen richtete, hing von der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur ab, jedoch wurde deutlich, daß Verleugnung und Projektion am häufigsten angewandt wurden; hierbei handelt es sich um recht primitive Abwehrmechnismen. Das niedrige Niveau dieser Abwehr mag darauf hinweisen, daß die Patientinnen sich am Rande ihrer individuellen Anpassungsfähigkeit befanden. Andere kompensierten ihre narzißtischen Irritationen mit einem reaktiven Perfektionismus, welcher aber angesichts der neuen Aufgaben, welche durch die Schwangerschaft auf die Patientin zukamen nicht

mehr in diesem Ausmaß vollzogen werden konnte, so daß er als Kompensation des narzißtischen Defizits nicht mehr voll zur Verfügung stand. Hierdurch waren die Patientinnen in psychischer Hinsicht von einer Dekompensation ihres narzißtischen Gleichgewichts bedroht. Hinzu kam, daß die dennoch gemachten Versuche, dem Perfektionismus zu entsprechen, zu einer vermehrten Mühegabe und erhöhten Leistung Anlaß gaben, deren Anstrengungen eine erneute Belastung der Pat. bedeuteten.

Die Tatsache, daß viele dieser Patientinnen im Interview ein anderes Antwortverhalten als im Fragebogen zeigten und die Aufzeichnungen der Interviews legen den Schluß nahe, daß es für die Patientinnen sehr viel leichter ist, sich einem konkreten Menschen gegenüber im Zwiegespräch darzustellen, als eine Fülle von zusammenhanglos und scheinbar willkürlich gestellten Fragen auf einem Stück Papier durch Einsetzen von Kreuzen zu beantworten. Eine Patientin formulierte ganz klar,daß sie sich als differenzierter empfinde, als sie mit der bloßen Möglichkeit, mit Ja oder Nein zu antworten, darstellen konnte. Sie hätte für sich eher eine Art Thermometerskala gewünscht, um den abgefragten Erlebens- und Verhaltensbereichen durch Gewichtung eine persönliche Antwortnote geben zu können.

Wir waren überrascht, daß viele der Patientinnen einen Teil der im Fragebogen gestellten Fragen genau umgekehrt beantworteten, als sie es im Gespräch taten; hierbei war besonders ihre emotionale Selbsterfahrung berührt. Auch wurde es uns bei der Auswertung der Interviews deutlich, in welch hohem Maße die individuelle Bedeutung von Schwangerschaft und Mutterschaft das beeinflußt, was die Patientin über ihre Empfindungen mitteilen kann oder abwehren muß. Alle diese Frauen sagten, daß sie sich ihre Schwangerschaft - oftmals nach einem anfänglichen zwiespältigen Schwanken - schließlich sehr gewünscht hätten und gaben hierfür ganz unterschiedliche Gründe und Motive an. Einige Patientinnen wünschten sich das Kind nicht nur zur Befriedigung ihres Kinderwunsches, sondern zu einem bestimmten Termin: z.B., bevor ihr kranker Vater oder die erkrankte Mutter sterben würden und sie wünschten sich, daß diese noch ihre Enkelkinder begrüßen sollten. In einem Fall war die Patientin depressiv geworden, weil dieser auch von ihrem Vater geteilte Wunsch durch das Sterben des Vaters vereitelt worden war.

Andere Frauen, vorwiegend solche von zwanghafter Persönlichkeitsstruktur, die großen Wert darauf legten, alles im Leben in der Ordnung zu haben, genau zu planen und zu steuern, zeigten sowohl

ärgerliche als auch gekränkte Affekte über die Tatsache, daß trotz planvollen Vorgehens nach Erreichung von Berufszielen, etwaigem Kauf einer Eigentumswohnung und der Befriedigung von Reisewünschen die Schwangerschaft, trotz bester Vorbedingungen nicht zustande kommen wollte und daß ihr Verlauf durch so viel Unwägbarkeiten sich jeder Planung und Steuerung entzog. Sie konnten nur schwer akzeptieren, daß es sich um einen Vorgang handelt, in den sie nicht durch aktives Tun die " Dinge in die Hand nehmen " konnten und durch willentliche Beeinflussung für die rechte Ordnung sorgen konnten, sondern daß sie nun die Dinge geschehen lassen mußten, warten lernen mußten und in ihrer Lebenseinstellung von einer auf das Tun und Machen gerichteten Haltung zu einer auf das Sein und Geschehenlassen ausgerichteten Haltung kommen mußten. Bei einigen dieser Patientinnen war es ganz offensichtlich, daß ihnen gerade dieser Wechsel in der Grundeinstellung besonders schwer fiel. Dies weist darauf hin, daß nicht nur die äußeren Ereignisse oder die Persönlichkeitsstruktur für sich schon eine spezifische Vorbedingung für das Auftreten von Frühgeburtsbestrebungen darstellen, sondern, daß angesichts von äußeren Belastungen unterschiedlich geartete Persönlichkeitsstrukturen in ihrer Anpassungsleistung an die Schwangerschaft, z.B. beim

oben geschilderten Haltungs- und Einstellungswechsel gestört werden. In diesen Fällen ist ein Teil der pathogenen Belastung dadurch bedingt, daß ein notwendiger innerer Anpassungsprozeß und ein Vorgang innerer Umstrukturierung behindert wird. Besonders deutlich wird dies beim oben geschilderten Fall der 17jährigen Schülerin Andrea, welche sich offensichtlich gegen energischen und nachhaltigen Widerstand der wichtigsten Personen ihrer Umgebung gegen eine Abtreibung erfolgreich gewehrt hat. Es wäre falsch, die Tatsache des Verlassenwerdens durch ihren Freund zu übersehen; unter diesen besonderen Umständen war dies nicht nur ein Verlassenwerden durch den Freund, sondern das Verlassenwerden in einer Situation, in der sie des besonderen emotionalen Beistandes und der Sicherung durch ihn bedurft hätte. Sie ist also unter besonders kränkenden Umständen verlassen worden. Darüber hinaus aber haben alle, die ihr nicht nur die Unterstützung verweigerten, sondern sie geradezu gegen die Schwangerschaft einnehmen wollten, der Pat. die Anpassung an die Schwangerschaft erschwert. Sie hat um den bloßen Erhalt der Schwangerschaft, darüber hinaus aber um die Anerkennung hart kämpfen müssen. Für sie war es äußerst kränkend und belastend, daß sie immer wieder zur Abtreibung gedrängt wurde, nicht nur von Institutionen und Autoritätspersonen, sondern gerade von den beiden Männern, die ihr am meisten nahe standen:

vom Freund und vom Vater. So war es für uns als Untersucher gut einsehbar, daß sie sich auch uns gegenüber emotional abgesperrt und verschlossen verhalten wollte. Wir verstanden ihre innere Spannung nicht nur als eine Reaktion auf die realen äußeren Belastungen, sondern auch als Resultat einer durch diese Vorgänge überaus strapazierten Selbstsicherheit und zusätzlich spielte sicher die Spannung eine Rolle, welche aus der Abwehr ärgerlicher und gekränkter Gefühle resultierte. Diese Patientin war trotz der Hinweise auf die Bedrohung ihres Schulabschlusses in ihrem Entschluß beständig geblieben, ihre Schwangerschaft zu erhalten und für ihr Kind zu kämpfen, und sie war darin erfolgreich geblieben. Sie selbst formulierte, daß sie aus einer gewissen Unbedachtsamkeit und auch - wie sie nachträglich erkenne - aus Leichtsinn schwanger geworden sei; man müsse ihr aber zugestehen, daß sie mit voller Überlegung schwanger geblieben sei und ihr Kind bekommen wolle.

Diese Aussage deutet darauf hin, daß schwanger werden, schwanger sein und schwanger bleiben sowie ein Kind zu haben, sehr unterschiedliche Aspekte im Prozeß des Mutterwerdens sind. In diesen verschiedenen Phasen stellte sich die Ambivalenz gegenüber der Schwangerschaft in sehr unterschiedlicher

Weise dar.

Bei den depressiv strukturierten Frauen war der Wunsch unverkennbar, ein Objekt für Gefühle der Nähe, Verbundeheit und Wärme zu haben oder zum Ausfüllen eines oft vage empfundenen Defizits.

Frauen mit zwanghafter Struktur sahen ihre Schwangerschaft und das kommende Kind als einen zu führenden Beweis ihrer weiblichen Kompetenz an. Ein weiteres, häufig genanntes Motiv war ein normativer Gesichtspunkt: " Irgendwann muß man doch ein Kind bekommen ". Nachdem sie im Beruf viel erreicht hatten, wählten sie nun die Schwangerschaft und Mutterschaft als neuen Bereich, ihre perfektionistischen Bestrebungen zu verwirklichen. Bald nachdem sie schwanger geworden waren, bekamen sie jedoch die Angst, zu versagen und dies bedrohte ihren Stolz und ihr Selbstwertgefühl.

Die hierbei deutlich werdende Verbindung zwischen dem Narzißmus und der persönlichen Bedeutung von Schwangerschaft und Mutterschaft forderte die Frage heraus, ob es wirklich die auch in unserem Patientenkollektiv doch häufig angegebenen äußeren Belastungen sind, welche die Patientin in Spannung bringen. In unserem Patientengut gewannen wir den Eindruck, daß es vielmehr die individuelle Bedeutung ist, welche

eine konkrete Gegebenheit für die jeweilige Patientin hat. Gleichzeitig ist zu bedenken, ob ein ein etwaiges gleiches Ereignis außerhalb der Schwangerschaft die gleiche Bedeutung für die Patientin haben könnte oder ob die besondere Belastung eines gegebenen Ereignisses nicht gerade dadurch zustande kommt, daß die Bewältigung dieser Belastungen gerade in der Schwangerschaft, also während zusätzlicher Anpassungsleistungen gefordert wird.

Unsere ursprüngliche Arbeitshypothese, daß es sich um ehrgeizige, im Leistungsstreben frustrierte und damit ärgerliche Patientinnen handeln würde, hat sich in dieser Form nicht bestätigen lassen. Wohl haben wir eine große Zahl der perfektionistischen Patientinnen mit ihrem typischen Leistungsstreben in unserem Patientengut wiederentdeckt und viele von ihnen verhielten sich auch wirklich vorwurfsvoll und ärgerlich, jedoch kann dieser Affekt oder seine Abwehr alleine ebenfalls nicht zur Erklärung von Frühgeburtsbestrebungen herangezogen werden, da ja andere Patientinnen mit ganz anderen Affekten ebenfalls mit Frühgeburtsbestrebungen in diesem Kollektiv enthalten sind. Offensichtlich gibt es unterschiedliche pathogenetische Wege mit einer gemeinsamen Endstrecke der Symptombildung in Gestalt des Phänomens, welches die Gynäkologen " Frühgeburtsbestrebungen " nennen. Unübersehbar

ist es, daß äußere Ereignisse wie soziale Belastungen, Umzug mit Verlust der gewohnten Umgebung, finanzielle Schwierigkeiten, Verlust nahestehender Personen oder Tod naher Angehöriger zu typischen Gefühlsreaktionen Anlaß geben und daß sie aus diesem Anlaß um des psychischen Gleichgewichts willen eingesetzte Affektabwehr die Patientinnen in eine charakteristische Spannung bringt. Es darf aber nicht übersehen werden, daß gleichzeitig die Patientinnen in dieser Schwangerschaft eine Anpassungsleistung vollbringen; hierbei handelt es sich bei den ehrgeizigen und leistungsstrebigen Patientinnen mit ihrer Liebe zum Beruf darum, den gewohnten Befriedigungsbereich aufzugeben. Dies stellt also eine Verzichtsleistung dar. Andererseits geht es darum, die seelischen Kräfte auf die Schwangerschaft und das kommende Kind zu richten. Die Psychoanalyse spricht hier von der " libidinösen Besetzung " des Kindes. Parallel damit gehen aber unübersehbar narzißtische Veränderungen vor: Infragestellungen und Bestätigungen der Strebungen nach Sicherheit, Geborgenheit, Selbstachtung und Anerkennung.

Vorgänge, welche die Schwangere bei dieser Anpassungsleistung stören, führen zu einer

Frustration, welche Ärger hervorruft; dieser Vorgang ist etwa mit dem vergleichbar, den jeder Mann als ärgerliche Reaktion kennt, wenn er bei der Arbeit gestört wird. Kränkungen im Selbstwerterleben aber - und diese kommen je nach Persönlichkeitsstruktur auf ganz unterschiedlichen Wegen zustande - führen zu Mobilisierung narzißtischer Wut, welche die stärkste Art von Wut darstellt, welche wir kennen. Gegen diese Wut wiederum richtet sich eine Abwehr um der Pat. des Erhalts des psychischen Gleichgewichts willen, aber auch aus anderen intrapsychischen und interpersonalen Gründen. Nun kann man annehmen, daß Frühgeburtsbestrebungen einmal als Korrelat zu diesem Triebgeschehen bzw. Affektgeschehen auftreten könnte; zum anderen könnte die Frühgeburtsbestrebung als ein Korrelat zur Spannung auftreten, welche durch die Abwehrvorgänge hervorgerufen wird. Eine 3. Möglichkeit wiederum wäre, aus dem charakteristischen Zusammenspiel von Impuls und Abwehr das Symptom zu erklären.

Was dagegen spricht, ist, daß es sich bei diesen Vorgängen um sympathicotone Reaktionen handelt. Frühgeburtsbestrebungen werden pharmakologisch aber mit Substanzen behandelt, welche gerade eine sympathicotone Lage des Vegetativums nachahmen, bzw. induzieren. Unter diesem Einfluß werden die

Wehen am kontratkionsbereiten Uterus gehemmt. Aus diesen pathophysiologischen Erwägungen erscheint es nicht plausibel, das Auftreten und Weitergehen vorzeitiger Kontraktionen am Uterus mit affektiven Geschehnissen zu korrelieren, die selbst zu einer sympathicotonen vegetativen Stigmatisierung führen.

Es ist dabei aber nicht zu übersehen, daß es sich durchweg um gehemmte Wut aus narzißtischer Irritation handelt. Die Patientinnen sind ja zum großen Teil im aggressiven Antriebserleben und Verhalten gehemmt.

Die Reaktionsbereitschaften auf aggressives Erleben reichen von einer ärgerlichen, gereizten Vorwürfigkeit bis hin zu resigniert-gekränkten Haltungen voll stummen Vorwurf.

So drängt sich das Bild auf, daß hier verschiedene Reaktionsweisen ein Wirkungskontinuum darstellen von einer eher starken Reaktion bei den weniger aggressiv gehemmten und deshalb manifest ärgerlichen Patientinnen bis hin zu den stärker aggressiv gehemmten Patientinnen mit ihrem typischen depressiven Rückzug.

So ergibt sich der Hinweis, daß nicht der ärgerliche

Affekt, der aggressive Impuls oder seine Abwehr alleine schon die Frühgeburtsbestrebungen hervorrufen, sondern eine Tendenz in Richtung auf das Erleben von Aufgabe, Resignation und Rückzug. Dies wird in der Krankengeschichte der Oberschülerin Andrea deutlich: Nachdem sie so tapfer, energisch und anerkennenswert gekämpft hat und während dieser Zeit keinerlei Frühgeburtsbestrebungen aufwies, treten diese Störungen in dem Augenblick auf, als sie nach all dieser kräfteverzehrenden Leistung zu einer resignierenden Haltung tendiert, weil sie keine Kraft mehr verspürt, die ihr zugesagte Wohnung einzurichten und als sie nicht weiß, wie sie " für mein Kind und mich ein Nest bauen " soll.

Diese Zusammenhänge lassen sich nicht in allen Fällen lückenlos nachweisen, jedoch gibt es Hinweise, welche solche Schlüsse nahelegen.

Auch die folgende Patientin scheint zunächst ganz unserer ursprünglichen These von der Wirksamkeit ärgerlicher Impulse zu entsprechen und unsere 2. - während der Untersuchung gebildete Ergänzungshypothese - zu stützen, daß Frühgeburtsbestrebungen ein Korrelat zur Anspannung durch Abwehr von

Depression und ärgerlichen Impulsen darstellen.

Die 4ojährige Pat. Helga hatte mit 32 einen Bilanzbuchhalter geheiratet. Sie schilderte, daß ihr Mann genauso " pingelig " wie sie selbst sei. Beide hätten einen intensiven Kinderwunsch gehabt und wegen des Ausbleibens von Kindersegen sich 4 Jahre lang um Adoption bemüht. Schließlich sei ihnen ein leicht behindertes Kind zugesprochen worden. Nach 4 Jahren habe das Kind sich gut in der Familie eingelebt, obwohl zunächst einige Spannungen und Schwierigkeiten aufgetreten waren. In der nun emotional entlasteten Situation wurde die Pat. unversehens schwanger, nach eigenem Bekunden habe sie zu diesem Zeitpunkt die Hoffnung auf ein eigenes Kind eigentlich aufgegeben gehabt. Die aus Altersgründen durchgeführte Amniozentese ergab, daß sie einen Jungen bekommen würde. Bei beiden Eltern habe darüber große Freude geherrscht. Allerdings habe die Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft bei der Pat. ein Ereignis wiederbelebt, das zu Beginn der Ehe kurzfristig eine Rolle gespielt habe. Sie sei kurz vor der Ehe wegen eines verdächtigen Befundes an der Brust operiert worden und die feingewebliche Untersuchung habe lange Zeit Unklarheit über die Diagnose bedeutet. Es sei aber keine Nachbehandlung notwendig

geworden und sie habe auch keine erneute Erkrankung erlitten. Diese Erkrankung spielte aber nun in der Schwangerschaft für die Pat. eine große emotionale Rolle: " wenn ich gewußt hätte, daß ich Krebs kriegen würde, hätte ich nicht geheiratet ". Auch war sie grübelnd intensiv mit dem ein Jahr vor der Heirat geschehenen Verkehrsunfall ihres Vetters und seinem anschließenden Tod sowie mit dem darauffolgenden Tod ihres Vaters befaßt. In der Auseinandersetzung mit diesen Themen wurde die Pat. manifest depressiv. Sie schien mit der Belastung durch die Schwangerschaft und der Abwehr einer Depression überfordert, so daß wir zur Interpretation kamen, daß ihre Frühgeburtsbestrebungen ein Korrelat zur Anspannung durch Abwehr von Depression und ärgerlichen Impulsen darstellte. Auch die Pat. selbst formulierte, daß sie sich selbstunsicher und depressiv fühle, weil sie neben alle dem noch durch ein Karzinom bedroht sei. Tatsächlich aber war ja seit mehr als 8 Jahren kein Rezidiv aufgetreten. Das Befangensein mit der Möglichkeit einer erneuten Krebserkrankung weist auf das mögliche Vorliegen eines oralen Konfliktes hin: Das Bild, von einem Krebs befallen zu sein enthält die Fantasie, von innen aufgefressen zu werden. Dieses Bild stellt aber den optimalen

Ausdruck für den Vorgang der Implantation des Ei's bzw. der Nidation und der Ausbildung der Placenta dar. Das Kind verhält sich ja auch tatsächlich wie ein Parasit, welcher ohne Rücksicht alle notwendigen Nährstoffe aus dem Blut der Mutter entzieht.

Bei dieser Pat. spielte diese Erlebensweise tatsächlich eine gewisse Rolle; sie selbst aber formulierte diese Vorgänge in einem anderen Context: Sie schilderte ausführlich, wie das leicht behinderte und etwas spastische adoptierte Kind von ihr viel Kraft absorbiere und immer noch besondere Aufmerksamkeit brauche. Dieses Kind zehre ein so großes Maß seelischer und körperlicher Kraft, daß sie, als die Mutter des kommenden Kindes, nicht recht wisse, wie sie sich auf dieses beziehen könne und ihm gerecht werden solle, wenn jeden Tag das adoptierte Kind von ihr so viel Aufmerksamkeit und seelische Kraft brauche.

In einer projizierten, aber auch in der Realität entfalteten Konflikthaftigkeit stellte sie ein Beispiel ihres persönlichen oralen Konfliktes (Geben und Nehmen sowie " Kraftgeben ", den Kindern gerecht werden) die ihr gestellte psychische Anpassungsleistung (" vorbereiten ") dar.

Diese Hypothese scheint uns durch die folgende Krankengeschichte gestützt, bei der zwar eine Depression bei einer hysterischen Persönlichkeitsstruktur vorlag, jedoch der vorwiegende psychische Befund von Angst geprägt war.

Die 21jährige Monika, eine 2.para in der 28. SSW wurde uns wegen Angstzuständen und depressiver Verstimmung in der Schwangerschaft konsiliarisch vorgestellt.

Zur Vorgeschichte war von der Pat. zu erfahren, daß sie vor 3 Jahren ihr erstes Kind geboren habe. Danach habe sie bald wieder im elterlichen Geschäft mitgearbeitet. Sie hatte das Kind immer in den hinteren Teilen des Geschäfts in einem Wagen liegen, um jederzeit in seiner Nähe sein zu können. Als das Kind einmal weinte, während seine Mutter Kunden bediente, bekam sie plötzlich einen starken Angstanfall. Bei der Schilderung des Ablaufes erklärte die Pat., das sei doch gar nicht zu verstehen: " Ich wollte gar keine Hausfrau sein, das war mir zu stupide; ich war lieber im Geschäft ".

Danach habe sie eine phobische Entwicklung genommen. Vor einem Jahr nun habe die Untreue ihres Mannes sie

sehr gekränkt. In den darauffolgenden Auseinandersetzungen mit ihrem Mann hätten beide Eheleute die Fortdauer ihrer Beziehung sehr infrage gestellt, sich am Ende aber versöhnt. Das Ergebnis sei die jetzige Schwangerschaft. Als sie ihrer Mutter jedoch davon berichtet habe, habe diese ihr Vorwürfe gemacht und sie gefragt, wie sie denn mit 2 Kindern weiter im Geschäft helfen wolle. Die Pat. gab an, daß sie sich in einer besonderen Weise von der Mutter abhängig fühle: Sie müsse sich immer des Wohlwollens der Mutter sicher sein, um nicht Angst zu bekommen. Aus diesem Erleben heraus habe sie auch immer ihren Mann kritisiert, angegriffen und klein gemacht, weil sie sich in einer gewissen kritischen Haltung mit der Mutter identifiziert habe, die ihren Mann immer abgelehnt habe. Heute stelle sie sich die Frage, ob sie vielleicht ihren eigenen Mann damit in die Arme einer anderen Frau getrieben hatte.

Während dieser Schwangerschaft sei sie zunehmend depressiv geworden. Ihre phobische Symptomatik jedoch habe nicht abgenommen, sondern sich eher noch verstärkt. Durch die Frühgeburtsbestrebungen sei nun eine neue Angstquelle hinzugetreten.

Da wir im gesamten Kollektiv keine Pat. mit einer

nennenswerten Angst beobachteten, stellte sich die Frage, ob dieser einzige Ausnahmefall nicht doch alle bis dahin gebildeten Hypothesen infrage stellte. Zwar war diese Pat. auch depressiv, die Angst aber überwog, die Abwehr hatte beide affektive Zustände nicht ausreichend kompensieren können. Die Pat. gab aber noch eine weitere Sache zu bedenken: Sie beschrieb ihr Befangensein in der Gehorsamspflicht ihrer Mutter gegenüber. Sie habe sich lange Zeit auch in der Ehe noch der Mutter gegenüber wie ein Kind gefühlt und habe mehr Kraft im elterlichen Geschäft verausgabt, als sie für ihren Mann, den gemeinsamen Haushalt, die Schwangerschaft und das Kind investiert habe. In dem Gespräch mit dem Arzt fragte sie sich, ob ihre eigene Selbstunsicherheit sie so sehr an die Mutter habe anklammern lassen, so daß sie eine gewisse Verselbständigung von ihrer Mutter nicht habe leisten können. Eine volle Zuwendung zu ihrem Mann und ihrem Kind, welche in einer Einschränkung der Mitarbeit im elterlichen Geschäft äußerlichen Ausdruck hätte finden können, habe sie bisher noch nicht geleistet, " ich fühle mich selbst noch abhängig wie ein Kind, wie kann ich da schon Mutter sein sollen ?" Dieses Verharren in einer kindlichen Position habe vielleicht auch zu der Ehekrise geführt. Erst die 2. Schwangerschaft habe ihr dies durch die Zunahme von Angst und das Auftreten einer

Depression so recht vor Augen geführt.

Es erscheint daher einleuchtend, die Angaben der Pat. dahingehend zu interpretieren, daß die Pat. ihre eigene Mütterlichkeit nicht entwickeln konnte, weil sie selbst in einer kindhaften Weise noch dem Gebot der Mutter sich unterworfen fühlte, so daß sie selbst nicht frei war für ihr Kind. So wird deutlich, daß sie eine Entwicklungsaufgabe, welche ihr durch die Schwangerschaft gestellt wird, deshalb nicht vollziehen kann, weil sie eine frühere Entwicklungsaufgabe - die vielleicht in Pubertät oder Adoleszenz allmählich hätte gelöst werden können, nicht erfolgreich hatte absolvieren können. Sie war also mit dieser ungelösten Aufgabe - man könnte auch von einem Entwicklungsdefizit sprechen - in eine Ehe eingetreten und hatte diese Aufgabe auch aus Anlaß der 1. Schwangerschaft nicht nachholen können, wohl aber hatte sie in dem sich ausbreitenden Konflikt Symptome bilden müssen.

Erst aus Anlaß der 2. Schwangerschaft und nachdem sie die Beziehung zu ihrem Mann nachhaltig infrage gestellt gesehen hatte, wurde ihr - nicht zuletzt im Gespräch mit dem Arzt - deutlich, daß sie sich den durch die Schwangerschaft gestellten Aufgaben nicht widmen konnte, weil eine frühere Anpassungsleistung nicht wirksam geworden war.

HIer hatte also keinerlei äußeres Ereignis die Frühgeburtsbetrebungen ausgelöst, vielmehr war es eine innere Konflikthaftigkeit, welche aus Anlaß der Schwangerschaft die für diese Schwangerschaft notwendige Anpassungs- und Umstellungsleistung auf das kommende Kind behinderte.

Da die Pat. nicht durch die Infragestellung der Beziehung zum Mann und dessen Untreue trotz der Kränkung nicht depressiv dekompensiert war, sondern erst in der Schwangerschaft depressiv wurde, liegt der Schluß nahe, daß die speziellen Bedingungen während der Schwangerschaft die Verschärfung der Symptomatik und das Auftreten von Frühgeburtsbestrebungen provozierte.

Dies legt den Schluß nahe, daß nicht das Vorhandensein von äußeren Ereignissen noch so belastender Art das Auftreten von Frühgeburtsbestrebungen für sich allein schon provoziert, sondern, daß die peristatischen Stressoren in einem spezifischen Verhältnis zur Persönlichkeitsstruktur und damit zur individuellen Verwundbarkeit der Pat. stehen müssen, so daß ein Wechselspiel zwischen starken Affekten und einer das psychische Gleichgewicht der Pat. erhalten sollenden Abwehr in Gang kommen.

Bei diesem Kampf um die Erhaltung des psychischen

Gleichgewichts spielen narzißtische Bedürfnisse insofern eine Rolle, als mit der Schwangerschaft notwendig werdende Verzichtsleistungen und andere Umstellungen im Zusammenhang mit der Vorbereitung auf das kommende Kind das narzißtische System hinsichtlich des Erlebens von Selbstachtung, Selbstwert, Anerkennung, Stolz und Sicherheitsstreben belasten.Insofern, als äußere Stressoren und soziale Umstände diese Anpassungsleistungen infrage stellen, tragen sie zu einer narzißtischen Erschütterung bei. Stärkere und aktivere, weniger aggressiv-gehemmte Schwangere würden dabei sich erfolgreich zur Wehr setzen und auf die gleichen Stressoren ohne Ausbildung von Symptomen reagieren, während schwächere, aggressiv stärker gehemmte und selbstunsichere Patientinnen nur zu einer gehemmt-aggressiven Reaktionsweise mit unterschiedlichen Graden von Ärger und Vorwürfigkeit reagieren, während noch stärker aggressivgehemmte Frauen vorwiegend zu einem depressiven Rückzug neigen. Demnach läßt sich das Auftreten von Frühgeburtsbestrebungen eher in einen Zusammenhang bringen mit der Tendenz nach Rückzug und Resignation sowie mit einem erhöhten Maß an aggressiver Gehemmtheit. Nach dem Modell psychosomatischer Reaktionen, welches sich nach dem Angriff-Flucht-Paradigma orientiert, würde das Symptom der Frühgeburtsbestrebungen den Tendenzen von Flucht und

Rückzug, letztlich also der Tendenz des Aufgebens zuzuordnen sein.
Wenn einleitend darauf hingewiesen wurde, daß die frühe ärztliche Geburtshilfe bisher wohl die emotionalen Beeinflussungen beim Auftreten von Schwangerschaftskomplikationen insbesondere von Frühgeburten kannte, so wirkt das ausführliche einleitende Zitat am Beginn dieser Arbeit über geburtsauslösende Ursachen (Seite 4 u. 5) fast befremdlich, wenn dort ausschließlich von isolierten Organeinheiten die Rede ist:
" Warum stößt der menschliche Uterus ...
eine Frucht aus ... "

" Wie löst der Organismus den Vorgang der Geburt aus ... Schutzmechanismus des Uterus ... als Brutraum dienender inaktiver Hohlmuskel ...
organ ... "

Diese für ganz bestimmte Zwecke der Erklärung von Geburtsmechanik nützliche Betrachtungsweise abstrahiert von der Ganzheit der personalen Existenz der Patientin und extrapoliert so die gesamte Palette affektiven Geschehens im Zusammenhang mit dem Beginn der Geburt. Für die Erklärung der isthmo-cervikalen Insuffizienz nach einer Conisation der Partio kann eine so eingeengte Betrachtungsweise Vorteile bringen; sie muß jedoch

unzureichend werden, sobald dem Uterus übergeordnete Regulationen etwa im Stammhirn, Hypothalamus und Limbischen System ins Spiel kommen oder etwa cortikale Geschehnisse eingreifen, wie dies bei der Verarbeitung dessen geschieht, was in zahlreichen Untersuchungen als " soziale Mechanismen " oder " Streß-Situationen " pointiert wird.

Die naturwissenschaftlich orientierte Betrachtungsweise erforderte zum Verständnis der komplexen Zusammenhänge eine solche Zergliederung in kleinere überschaubare und erforschbare Einheiten, lief aber dem synthetischen Aspekt des kreativen medizinischen Handelns in der Behandlungssituation entgegen. So signalisiert die Zunahme der Untersuchungen psychologischer Umstände im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe eine Wiederaufnahme der früher gepflegten ganzheitlichen Betrachtungsweise, nachdem die romantische Phase der Medizin durch ein naturwissenschaftliches Verständnis überwunden ist.
Dies darf aber nicht heißen, daß die von der sogenannten " romantischen " Medizin bereits erkannten emotionalen Zusammenhänge menschlichen Krankwerdens als antiquiert abgelegt werden. Zwar sind die pathophysiologischen Grundlagen auch des emotionalen und affektiven Geschehens weithin aufgeklärt, ihr komplexes Zusammenspiel im Bereich höherer psychischer Funktionen ist immer noch weitgehend unklar; selbst

moderne Neurophysiologen stellen die Frage, ob neurophysiologische Methodik mehr als die bloßen Grundlagen solch komplexer Vorgänge aufklären können. Selbst wenn dies weitgehend möglich werden sollte, und in neurophysiologischen Thermini beschreibbar und erklärbar wird, bliebe immer noch die Forderung erhalten, daß Psychisches mit psychologischen Mitteln aufgeklärt werden muß. Zwar könnte Psychisches evtl. mit neurophysiologischen und neurochemischen Mitteln erklärt werden; das Verstehen menschlichen Erlebens aber ist nur im mitmenschlichen Vollzug, im interpersonalen Geschehen von Begegnung, Erwiderung und Miteinandersein möglich, also letztlich durch den Vollzug dessen, was Martin Buber den " Dialog " genannt hat.

Pleshett (38), wies darauf hin, daß Annahme der Schwangerschaft nicht dasselbe bedeutet wie der Wunsch nach Schwangerschaft und daß Mütter dennoch tief unbewußte Abneigung spüren können ..

Viele Arbeiten zur Psychologie bei Frühgeburtsbestrebungen gehen von recht allgemein gefaßten Hypothesen aus, indem sie Streßsituationen eine wesentliche Rolle bei Komplikationen in der Schwangerschaft zuschreiben. Andere stellten fest, daß Frauen mit Frühgeburtsbestrebungen oder etwa habituellem Abort " psychologisch wenig angepaßt " sind. (Mc Donald[29]) Manche Autoren benutzen Begriffe wie " Unreife " und " Abhängigkeit " oder auch " emotionale

Labilität " wie Grimm und Venet, ohne diese Begriffe näher zu definieren. Aus den Erfahrungen mit unseren Patientinnen haben wir keinen Zweifel, daß diese Untersucher mit ihren Befunden Recht haben und wir empfanden ebenfalls die Schwierigkeit, die Vielfältigkeit der Streßsituationen, der emotionalen Labilität oder der Unreife unter einem gemeinsamen Gesichtspunkt zu sehen. Wir haben aber auch den Eindruck, daß es nicht nützlich ist, angesichts der Verschiedenartigkeit der Pat., das Phänomen der Frühgeburtsbestrebungen unter einem einheitlichen Gesichtspunkt sehen zu wollen. Wenn man bedenkt, daß die Psychosomatik sich als eine multikonditionale Betrachtungsweise versteht, ist diese Suche nach spezifischen Faktoren und einheitlichen Wirkursachen geradezu ein Widerspruch in sich. Nicht einmal innerhalb der einzelnen Gruppen von Persönlichkeitsstrukturen sind die pathogenetischen Wege, welche zu Frühgeburtsbestrebungen führen, einheitlich darzustellen. Insofern ist wahrscheinlich eine individuelle Betrachtungsweise weitaus nützlicher, als der Versuch, Gruppenmittelwerte hinsichtlich irgendwelcher Gemeinsamkeiten zu bilden; vielmehr sollte gerade auf die Unterschiedlichkeit der Patientinnen hingewiesen werden, zumindestens solange man sich im Bereich der Objektbeziehungen und der Antriebspsychologie bewegt. Wir glauben, daß unsere Ergebnisse den Schluß nahe legen, daß lediglich im Bereich des Selbstwerterlebens und des Sicherheitsstrebens

Gemeinsamkeiten zu finden sind. Diese Ansicht wird gestützt durch die Befunde von Herms (33), der bei seinen Patientinnen die gleiche Tendenz fand, sich im sozial erwünschten Sinne darzustellen, wie unsere Patientinnen es anhand des Fragebogens zeigten: Wer sich kaum geringfügig sozial abweichend darstellen kann, er ängstlich darauf bedacht sein muß, nur nicht von einer fiktiven Norm abzuweichen, hat ja kein sehr starkes Selbstwertgefühl. Dazu paßt auch die bereits früher von Schlotter (39) nachgewiesene ambivalente Einstellung der Patientinnen der Schwangerschaft gegenüber und ihre idealisierten Erwartungen an ihre Partner. Dieser Befund von Schlotter steht in Übereinstimmung mit den Darstellungen der Arbeitsgruppe Eiche v.Herms (13), der eher eine negative Einstellung zur Schwangerschaft nachweisen wollte und auf die geringe emotionale Reife der Patientinnen hinwies. Wir haben im Ergebnisteil die von uns erfaßten konkreten Umstände emotionaler Unreife näher zu bestimmen gesucht, wobei je nach vorliegender Persönlichkeitsstruktur andere Akzente zu setzen waren. Die vorwiegend hysterisch strukturierten Patientinnen zeigten sich durch einen Mangel an erwarteter Anerkennung, Aufmerksamkeit und Bestätigung durch ihre Umgebung gekränkt und enttäuscht, während die mehr zwanghaft strukturierten Patientinnen ein Problem mit dem Verzicht auf gewohnte Befriedigungen im Beruf und im Umgang mit ihrem eigenen Perfektionismus

schilderten. Die depressiv strukturierten Patientinnen dagegen stellten ihre Kränkbarkeit im Bereich des oral-captativen Antriebserlebens und ihre Probleme mit der gehemmten Aggressivität dar und zeigten sich gekränkt und enttäuscht über Dinge, die ihnen tatsächlich oder vermeindlich entgangen waren.
Angesichts der Vielzahl von äußeren Belastungsfaktoren aber auch angesichts mancher Aussage, daß diese durchaus nicht so sehr belastend seien wie dies vielleicht klingen könnte, ist darauf hinzuweisen, daß es nicht der reale Stressor und der äußere Umstand ist, welcher so kränkend für die Patientinnen wirkt, sondern diese Ereignisse mobilisieren offenbar Erinnerungen und Phantasien - also intrapsychische Abläufe - welche Affekte auslösen, welche über das vegetative Nervensystem die Physiologie so modifizieren, daß Frühgeburtsbestrebungen auftreten.
Der pathogenetische Weg führt also durchaus auch von belastenden äußeren Umständen (" soziale Probleme ", " soziale Mechanismen "), welche die jeweils gegebene individuelle Patientin in ihrem Gefühlsgleichgewicht derartig infolge Verlusterlebnissen, Kränkung, Druck und Spannung irritiert, daß eine nachhaltige Erschütterung des Selbstwertsystems resultiert.
In Auseinandersetzung mit diesem Geschehen auftretende Affekte aber verändern die Physiologie derart, daß - so ist anzunehmen - auch der Uterus für Kontraktionsreize erhöht sensibel wird.

6. Zusammenfassung

In einer offenen klinischen Studie unter Verwendung eines klinischen Interviews, das hinsichtlich Verlauf, Psychodynamik und des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens kontrolliert wurde, haben wir 1o1 mit der klinischen Arbeitsdiagnose " Frühgeburtsbestrebungen " hospitalisierte Frauen im Alter zwischen 17 u. 39 Jahren untersucht. Zusätzlich haben wir einen standardisierte Fragebogen, das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) zur Beantwortung gegeben, um das mit diesem Fragebogen erfaßbare Selbstbild der Patientinnen festzuhalten mit dem Ziel, die Persönlichkeitsstruktur dieser Frauen und die aktuelle Affektlage zu bestimmen, wurde ein psychischer Befund aus dem Interview festgehalten. Diese Strukturdiagnose diente uns zur Einteilung der untersuchten Gruppe in verschiedene Untergruppen.

Bei der Auswertung des FPI zeigte sich die Tendenz der Patientinnen, sich zu verschließen, bei den Frauen, deren Fragebögen aufgrund ihrer Selbstkritik auswertbar erschienen, zeigte sich eine deutliche Tendenz, sich im sozial erwünschten Sinne darzustellen.

Aufgrund im einzelnen dargestellter Überlegungen im Hinblick auf den psychischen Befund eines irritierten Narzißmus interpretierten wir diese Tendenz als ein Antwortverhalten, das ein Gefühl der Minderwertigkeit und Insuffizienz verdecken sollte.

Im Vergleich der verschiedenen auslösenden Situationen und zu Erlebenszusammenhänge der Patientinnen zeigte sich, daß keine direkte Beziehung zwischen einem sozialen Stressor und dem Auftreten von vorzeitigen Kontraktionen besteht, sondern daß eine für die jeweilige Persönlichkeitsstruktur unverträgliche oder schwer zu ertragende Belastungssituation zu einem charakteristischen spannungserzeugenden Geschehen zwischen Affekten, Impulsen und deren Abwehr führt, welches über eine affekt- und abwehrbedingte Veränderung der Physiologie in die pathophysiologische Endstrecke vorzeitiger uteriner Kontraktionen mündet. Dabei zeichnete sich ab, daß es sich um die physiologischen Korrelate der Affekte von Fluchtbereitschaft und Aufgebenwollen handelt.

Die Studie zielte nicht auf die Darstellung von Unterschieden im Vergleich zu einer gesunden Vergleichsgruppe, sondern um die rein descriptive Darstellung der Psychodynamik, der Persönlichkeitsstrukturen und der von den Patientinnen angegebenen

Erlebenszusammenhänge.

Die aufgezeigten Befunde in einem statistisch überprüfbaren prospektiven Studiendesign gegenüber Vergleichsgruppen zu verifizieren ist zwar eine im Bereich der medizinischen Psychologie häufig erhobene Forderung, jedoch erscheint gerade in diesem Bereich eine solche Vorgehensweise als schwierig, da aufgrund des besonderes Verhältnisses im Bereich des Narzißmus dieser Patientinnen eine erhebliche Tendenz besteht, gerade die relevanten Erlebenszusammenhänge zu verleugnen und sich im Sinn einer erwarteten oder vorgestellten sozialen Erwünschtheit darzustellen.

Kurzgefaßt sind die einleitenden Fragen dieser Untersuchung wie folgt zu beantworten:

1. Äußere Belastungsfaktoren wie Tod naher Angehöriger, Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, Auseinandersetzungen mit den Kollegen oder der schwerfallende Verzicht auf ein gewohntes Befriedigungsfeld in der Arbeit werden von fast allen Frauen angegeben. Umzug, Überforderung, Konflikte mit Ehemann und Familie, finanzielle Probleme, Wohnungsprobleme und Ängste um eine etwaige Schädigung des Kindes wurden von den Patientinnen oft beschrieben, die emotionale Bedeutung dieser Dinge jedoch unterlagen in vielen Fällen einer aus-

drückliche Verleugnung.

2. Gerade die Tendenzu zur Verleugnung macht es den Patientinnen schwer, die aus belastenden Situationen herrührenden individuellen Schwierigkeiten und Affekte in angemessener Weise zu verarbeiten; hierbei bestehen äußere Belastungen (Versuchungs-, Versagenssituation und individuelle Persönlichkeitsstruktur in einem charakteristischen Schlüssel-, Schloßverhältnis). Dabei kommt es in der Versuchungs-, Versagenssituation zu einem charakteristischen Geschehen zwischen Affekt, Impuls und Abwehr und gleichzeitig zu einer Irritation des narzißtischen Gleichgewichts im Prozeß der Anpassung an die Schwangerschaft, daß die Affektphysiologie in einer die Frühgeburtsbestrebungen fördernden Weise verändert wird.

3. Die Art der Stressoren ist voneinander höchst verschieden (Vergleiche Abschnitt 4.1.4 und 4.2).
Die Stressoren stellen persönlichkeitsspezifische Belastungen in einer für die individuelle Persönlichkeitsstruktur gegebenen Versuchungs-, Versagenssituation dar.

4. Über die gruppentypischen Merkmale der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur hinaus findet sich in diesem

Kollektiv von Frauen mit vorzeitigen Wehen eine deutliche Tendenz, das Selbstwertgefühl mit Hilfe von Leistungen zu kompensieren. Die ursprünglich gebildete Arbeitshypothese, daß es sich bei Frauen mit Frühgeburtsbestrebungen um ehrgeizige, durch die Schwangerschaft in ihrem Leistungsstreben frustrierte Frauen handelt, welche mit Ärger reagieren, ließ sich in einem großen Teil der Fälle verifizieren. Diese Arbeitshypothese mußte jedoch ergänzt werden, um den Aspekt, daß dies Frustration für eine Erschütterung des Selbstwerterlebens führt und daß diese Erschütterung wiederum ein affektives Geschehen hinsichtlich der narzißtischen Wut hervorruft, welche ein erneutes Affekt-Abwehrgeschehen in Gang setzt. Als gemeinsamer Gesichtspunkt kommt zusätzlich die Frustration und der dadurch hervorgerufene Umgang mit dem Frustrationsärger hinzu, wenn sich diese Frauen in ihrer Anpassung an die Aufgaben der Schwangerschaft behindert oder gestört fühlen.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, daß die Patientinnen, welche zu Beginn der Untersuchung ein eher abweisendes und ärgerliches Verhalten zeigten, sich in einem gut geführten Gespräch aufgehoben fühlten und sich durch die zugewandte Aufmerksamkeit des Arztes entspannt fühlen konnten.

Dieser Hinweis ist in unseren Augen deshalb noch einmal hervorzuheben, weil er in zahlreichen Voruntersuchungen mehr oder weniger deutlich erwähnt wird, so daß aus dieser Beobachtung Hinweise für die therapeutischen Konsequenzen zu entnehmen sind: Ein sicherheitgebendes, vertrauenschaffendes Klima und der Aufbau einer personalen Beziehung scheinen den besonderen Bedürfnissen dieser in ihrem Narzißmus irritierten und irritierbaren Frauen in der Bewältigung ihrer Schwangerschaft hilfreich zu sein. Dieser Gesichtspunkt wird immer wieder in der Literatur erwähnt unter Hinweis darauf, daß die verschiedenartigsten Therapieformen in einem erstaunlich konstanten Prozentsatz der Fälle hilfreich zu sein scheinen, so daß der Schluß nahe liegt, daß jeder mit einiger Sicherheit und einigem Selbstvertrauen auftretende Arzt, der von seiner Methode und seinem Medikament überzeugt ist, und eine intensive und konstante Beziehung zur Patientin herstellt, die in therapeutischer Hinsicht wichtigste " Droge " verkörpert.

Literaturverzeichnis

1. Jung, H.: " Ursache und Zeitpunkt des Geburtseintritts ", in Käser et al. Herausgeber: " Gynäkologie und Geburtshilfe ", Band II, S. 516.

2. Martius, G.: Zitiert nach Döring, G.-K., Kapitel: Normale Tragzeit. In: Käser, O. et al: " Gynäkologie und Geburtshilfe " Band II, S. 534.

3. Butler, N.R., Bonham, D.G.: " Perinatal Mortality " bei Livingston, London 1963.

4. Döring, G.-K.: " Verkürzte und verlängerte Tragzeit ". In: Käser, O. et al: " Gynäkologie und Geburtshilfe " Band II, S. 535 - 536.

5. Donnelly, J.F, C.E. Flowers, R.N. Creadick, H.B. Wells, B.G., Greenberg, K.-B., Surles: " Maternal-Fetal and environmental Factors in Prematurity ". Amer. J. Obst.-Gyn.: 88/1964, S. 918 - 924.

6. Wolfram, E.: " Frühgeborenen Aufzucht unter Nachkriegsverhältnissen ", Z.Blatt Gyn. 7o/1948, S. 1155 - 1157.

7. Backmann, A., C.E. Unnerus: " Some Factors influencing the Rate of Prematurity ", Act. Obst.-Gyn. Scand. 42/ 1963, S. 211 - 212.

8. Baird, P.: " Environmentel and Obstetrik Factors in Prematurity with special reference to experience in Aberdeen ", Bull. WHO 26/1962, S. 291.

9. Douglas, J.-B.: " Some Factors associated with Prematurity ", Jour. Obst.-Gyn. Brit.Emp. 57/1950, S. 143 - 144.

10. Goldhammer, J.: " Compendiöser, aber doch sehr offenherziger Weiber-Kinderarzt ", Leipzig und Nordhausen bei Johann-Heinrich Groß 1750.

11. Siebold, A., Elias v.: " Handbuch zur Erkenntnis und Heilung der Frauenzimmerkrankheiten ", Frankfurt a.M., bei Franz Varrentrap 1823.

12. Kroger, William (Edit.): " Psychosomatic, Obstetrics, Gynekology and Endocrinology ", Springfield, Charles Thomas 1962.

13. Eicher, W., V.Herms, W.Falk: " Psychosomatische Aspekte vorzeitiger Wehentätigkeit ", Gyn.Praxis 3/1979, S. 677 - 683.

14. Prill, H.-J.: " Psychologie und Psychopathologie der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin ", in Käser et al. Herausgeber: " Gynäkologie und Geburtshilfe ", Band II, S. 371 - 392.

15. Argelander, S.: " Das Erstinterview in der Psychotherapie ". Wissenschaftliche Buch-Gesellschaft Darmstadt. 2. Auflage 1983.

16. Deutsch, Felix, Murphy, W.F.: " The Clinical Interview ". Int.Univ.Press, New York 1955.

17. Schultz-Hencke, H.: " Lehrbuch der analytischen Psychotherapie". Stuttgart, Thieme-Verlag 1951 S. 172 - 186.

18. Ripley, H.S.: " Psychiatric Interview ", in: Freedmann, Kaplar, Sadock, Edit.:Comprehensive Textbook of Psychiatry . Vol.I S. 715 - 724. Williams- Wilkins Baltimore 1976.

19. Reik, Th.: " Listening with the third Ear " 1948.

2o. Fahrenberg, J., H. Selg u. R. Hampel: " Freiburger Persönlichkeitsinventar ". Hogrefe, Göttingen 1974.

21. Rey, E.R.: " Die - objektive - Messung von Persönlichkeitszügen ". In: Gerhard Strube, Herausgeber: Die Psychologie des 2o.Jahrhunderts. Band V. Binet und die Folgen. Verlag Kindler, Zürich 1977.

22. Riemann, F.: " Grundformen der Angst ". Reinhard-Verlag, München 1976.

23. Meissner, W., J. Mack u. E. Semrad: " Theories of Personality and Psychopathology ". In: Freedmann, Kaplar, Sadock, Edit.: Comprehensive Textbook of Psychiatrie. Vol. I S. 482 - 566, Baltimore 1976.

24. Kernberg, O.F.: " Borderline Persönlichkeitsstörungen und pathologischer Narzißmus ". Suhrkamp, Frankfurt 1976.

25. Heinstein, M.I.: " Expressed attitudes and feelings of pregnant Women and their relations to physical complications ". Merrill-Palmer-Quarterly of " Behavior and Development " 13, 1967, S. 217 - 236.

26. Hetzel, B.S., B. Bruer, LO.S. Poyderin: " A Survey of the relation between certain common antenetal complications " in: Primiparae and stressfull life situations during Pregnancy. Jour.of Psychos. Research 5/1961, S. 175 - 182.

27. Blau, A., Slaff, B., Easton, K., Welkowitz, K., Springarn, J., Cohen, J.: " The psychogenic etiology of Premature Birth ". Psychos. Medic.

zu 27. 15/1963, S. 2o1 - 211.

28. Erickson, M.T.: " The relationship between psychological variables and specific complications of Pregnancy, Labour and Delivery ". Jour. Psychos. Research, 2o/1976, S. 2o7 - 21o.

29. Mc. Donald, R.L., A.C. Christakos: " Relationships of emotional adjustment during Pregnancy to obstetric Complications ". Amer. Jour. Obst. Gyn. 86/1963, S. 341 - 348.

3o. Mann, E.C.: " Spontaneus obortion and milscarriage" in: Howells, J.G. (Edit.) " Modern Perspectives in Psycho-Obstetrics" Edinburg 197? S. 235.

31. Gill, M., R. Newmann, S.C. Redlich: " The initial interview in Psychiatric Practice ". Int. Univ. Press, New York 1954.

32. Sullivan, H.S.: " The Psychiatric Interview ", Norton, New York 1954.

33. Herms, V.: " Psychosomatische Aspekte vorzeitiger Wehen ". Habilitationsschrift. Heidelberg 198o.

34. " Die psychosomatic Aspect's of spontaneus and habituel Abortion " in: Kroger S. 12, S. 145 - 152 W.C. Tupper, Weil, R.J.: " The Problem of spontaneus Abortion " in: Amer. Jour. Obst. Gyn. 83 (1962) S. 421 - 424.

35. Berlin- Heimendahl, S.V.: " Die Krankheit des Neugeborenen und Frühgeborenen". Enke Verlag, Stuttgart 196o.

36. Bickenbach, W.: " Gegenwärtige Probleme der Frühgeborenensterblichkeit vom Blickpunkt des Frauenarztes". Vortrag Tagung deutsche Vereinigung Gesundheit, Fürsorge des Kindesalters. Essen 1954. Zitiert nach 5.

37. Molinski, Hans: " Masked depressions in Obstetrics and Gynecology". In: Psychotherapy and Psychosomatics, 1979 Karger, Basel.

38. Pleshette, N.S., S. Asch, J. Chase: " Study of anxieties during Pregnancy, Labor and early and lafe Puerpernum ". Bull.N.Y. Acad. Med. 195 Nr. 32, S. 6.

39. Schlotter, C.M., V. Frick, J. Jansen: " Psychische Verarbeitung der Tokolys-Behandlung". Vortrag auf dem IX Deutschen Kongreß für perinatale Medizin. Berlin Mai 1977.

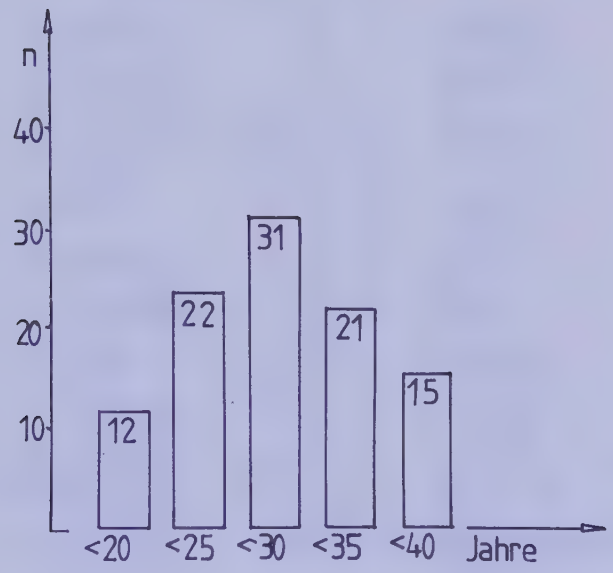

Abb. 1

Alter der Pat. zur Zeit der Untersuchung.

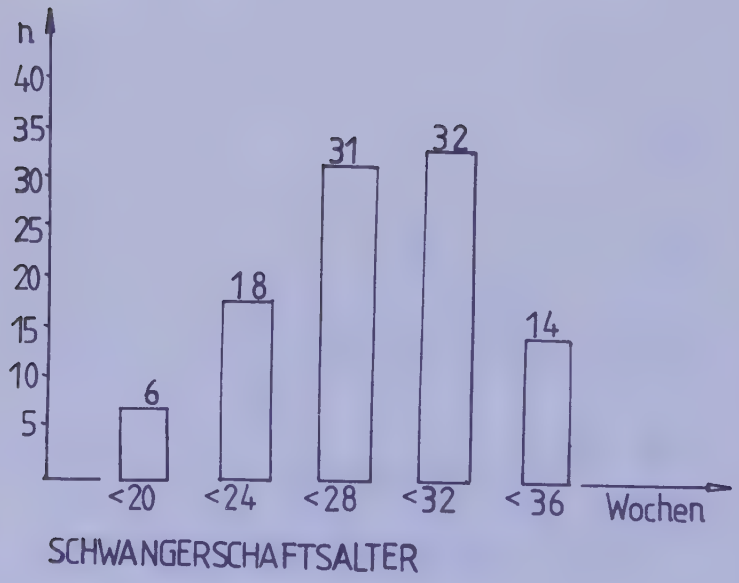

Abb. 2

Schwangerschaftsalter zum Zeitpunkt der Untersuchung.

Abb. 3

FPI-Mittelwert und Standardabweichung der Gesamtgruppe.

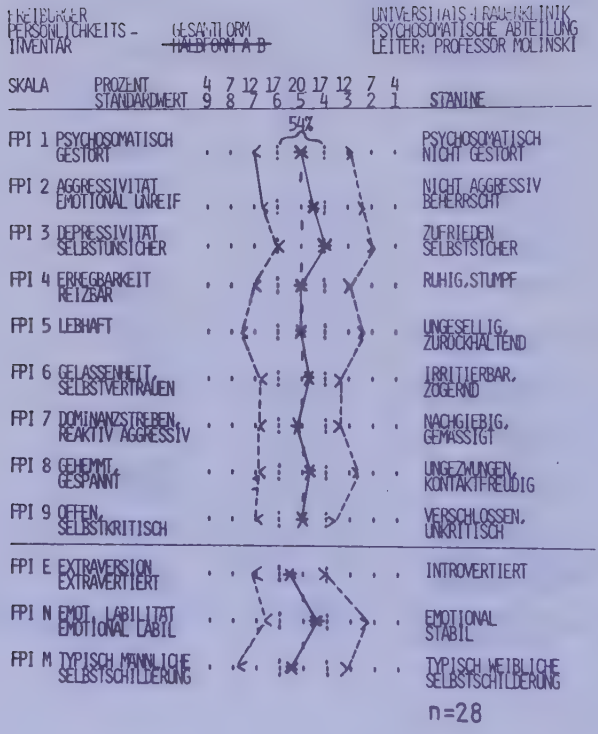

Abb. 4

FPI-Profile der Untergruppe von Pat. mit anankastischer Persönlichkeitsstruktur.

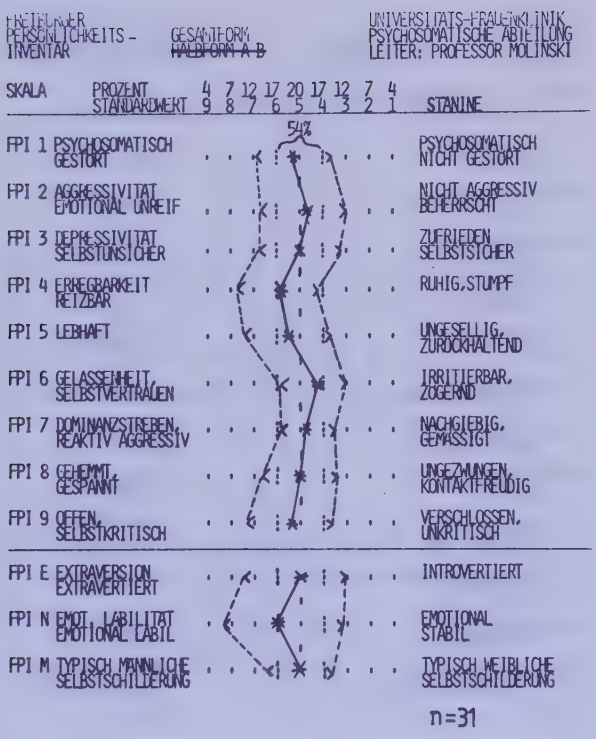

Abb. 5

FPI-Profile der Untergruppe von Pat. mit depressiver Persönlichkeitsstruktur.

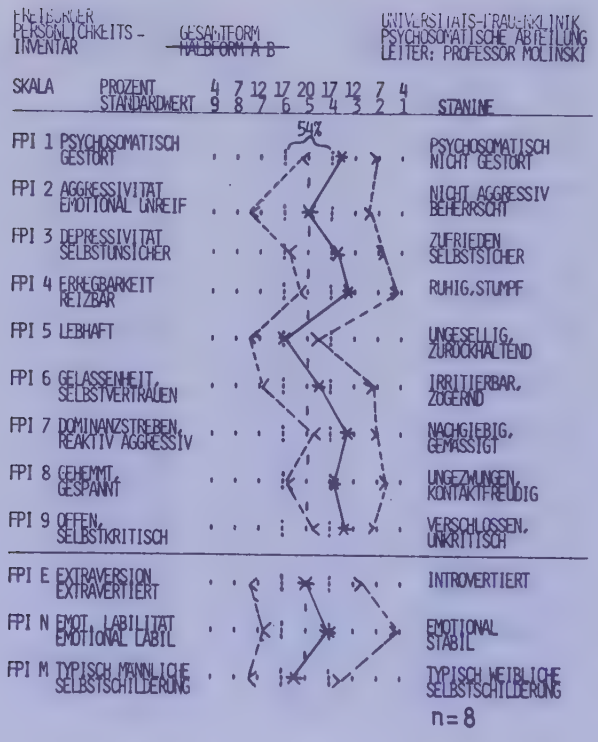

Abb. 6

FPI-Profile der Untergruppe von Pat. mit hysterischer Persönlichkeitsstruktur.

D a n k s a g u n g

Herrn Prof. Dr. med. Hans Molinski sei Dank für die Möglichkeit diese Arbeit in der Psychosomatischen Abteilung der Universitäts-Frauenklinik durchführen zu können.

Herrn Dr. med. Walter Dmoch, für zahlreiche methodische und fachliche Ratschläge, sowie für die Hilfestellung bei der Abfassung der Dissertationsschrift.

L e b e n s l a u f

Ich wurde am 18. Juni 1945 als Sohn des Arztes Anibal O s o r i o und seiner Frau Maria, geb. Molinski in Santiago/Chile geboren. Von 1951 bis 1956 besuchte ich die Grundschule und wechselte zum Jahr 1957 zur deutschen Schule in Santiago/Chile. Am 1o. Juli 1963 legte ich die Reifeprüfung in Naturwissenschaft ab.

1964 begann ich mein Studium der Medizin an der kath. Universität Chile, an welcher ich die ärztliche Vorprüfung und die ersten ärztlichen Prüfungen absolvierte. Ich beendete mein Studium mit dem Staatsexamen am 14. April 1971. Dann zog ich in die Provinz Santa Cruz um, wo ich von 1971 bis 1976 als allgemeiner Arzt tätig war. Danach kehrte ich nach Santiago zurück, wo ich an der Universität/Chile Trudeau-Krankenhaus im Fach Neurologie 3 weitere Jahre zur Fortbildung tätig war. Ende 1979 kam ich in die Bundesrepublik Deutschland, ins St. Josef-Hospital Oberhausen zur weiteren Ausbildung im Fach Psychiatrie.

Oberhausen, Januar 1984